

**Mastère spécialisé Santé-
Environnement : Enjeux pour le
territoire et l'entreprise**
Promotion : **2012-2013**
Date du Jury : **28 Novembre 2013**

La responsabilité sociale appliquée à la dispensation des soins au sein d'un établissement hospitalier universitaire

Référent professionnel : **Dr Catherine Meunier**

Référent pédagogique : **Jean-Luc Potelon**

Mathieu Kerguelen





EHESP

*« Les hôpitaux sont en quelque
sorte la mesure de civilisation
d'un peuple ».*

Jacques Tenon (1788)

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier le docteur Catherine Meunier, qui malgré son emploi du temps surchargé de praticien hospitalier, a toujours su trouver du temps pour de fructueux échanges sur le déroulé de la mission et qui par ses grandes qualités humaines a permis que cette dernière s'effectue dans de bonnes conditions.

Je remercie monsieur Jean-François Taillard, directeur de l'ingénierie, pour sa disponibilité, pour ses conseils avisés et son implication dans ce projet.

Je remercie Marie-Lou Leighton, Cécile Boisse et Thierry Bourget, respectivement responsable de formation, directrice de la communication et directeur des achats et de la logistique pour les nombreuses réunions intéressantes menées en leur compagnie.

Mes remerciements sont aussi adressés à Mesdames Patricia Burban et Corinne Renard, secrétaire de direction et secrétaire médicale, pour leur sympathie, l'aide précieuse qu'elles m'ont témoignée à de nombreuses reprises et leur réactivité.

Je remercie monsieur Jean-Luc Potelon, responsable de formation à l'EHESP, qui m'a permis d'effectuer cette mission ainsi que pour le temps qu'il a su m'accorder avant et pendant le déroulement de cette dernière.

Je remercie monsieur Gwendal Chide pour ses précieux conseils.

Je remercie de tout mon cœur, mademoiselle Muriel Thomas, qui a su m'épauler pendant les moments difficiles.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| 1 RSE et ISO 26000, les outils au service de la commission Développement Durable.. | 7 |
| 1.1 La responsabilité sociétale des entreprises/organisations | 7 |
| 1.1.1 L'émergence d'un concept | 7 |
| 1.1.2 La RSE, une démarche volontariste | 8 |
| 1.1.3 Les avantages de la RSE | 9 |
| 1.1.4 La contribution à la société..... | 10 |
| 1.2 La norme ISO 26 000..... | 10 |
| 1.2.1 Une norme « hors norme »..... | 10 |
| 1.2.2 Architecture de la norme | 13 |
| 1.2.3 Quelle traduction de cette norme sur les problématiques soignantes | 16 |
| 2 Présentation du CHU et état des lieux général | 19 |
| 2.1 Présentation générale | 19 |
| 2.1.1 Les différents sites du CHU et..... | 19 |
| 2.1.2 Les chiffres clefs | 19 |
| 2.2 La gouvernance du CHU | 21 |
| 2.2.1 Les pôles hospitalo-universitaires | 21 |
| 2.2.2 Les directions..... | 21 |
| 2.2.3 Les commissions et comités..... | 22 |
| 2.2.4 Représentation des parties prenantes..... | 26 |
| 2.3 Etat des lieux des actions DD de l'établissement | 27 |
| 2.3.1 Management, communication et ressources humaines | 29 |
| 2.3.2 Politique d'achats | 29 |
| 2.3.3 Construction et rénovation des bâtiments..... | 29 |
| 2.3.4 Gestion des ressources (eau et énergie)..... | 30 |
| 2.3.5 Gestion des déchets | 31 |
| 2.3.6 Politique de transports..... | 31 |
| 3 La démarche mise en œuvre dans les unités de soins | 33 |
| 3.1 Rappel de la commande du CHU et évolution du projet | 33 |
| 3.2 Le réseau d'ambassadeurs | 34 |
| 3.2.1 Présentation..... | 34 |
| 3.2.2 Rôle et fonctions | 35 |
| 3.2.3 La norme, socle de construction..... | 36 |
| 3.3 Les outils de communications | 38 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.3.1 | Les réunions d'information et de préparation..... | 38 |
| 3.3.2 | Le support intranet | 39 |
| 3.3.3 | La journée de sensibilisation | 41 |
| 3.4 | Les outils méthodologiques | 43 |
| | Analyse de la méthode | 45 |
| | Conclusion | 51 |
| | Bibliographie | 53 |
| | Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
ARS : Agence Régionale de Santé
C2DS : Comité de Développement Durable en Santé
CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCP : Centre de Cardiologie Pneumologie
CESE : Comité Economique et Social Européen
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médical d'Etablissement
CODDRESS : Commission du Développement Durable et de la Responsabilité Sociale
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CRBSP : Comité de Recherche Biomédicale et de Santé Publique
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CUR : Centre d'Urgences et de Réanimations
DAOM : Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DASRI : Déchet d'Activité de Soin à Risques Infectieux
DD : Développement Durable
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIFSI : Direction des Finances et des Systèmes d'Informations
DPAL : Direction de la Politique des Achats et de la Logistique
EPCI : Etablissement Publique de Coopération Intercommunale
GRI : Global Reporting Initiative
HAS : Haute Autorité de Santé
HQE : Haute Qualité Environnementale
IAS : Infection associée aux Activités de Soins
ISO : Organisation Internationale de Normalisation
NRE : loi de Nouvelle Régulation Economique
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OPH : Offre Publique de l'Habitat
PNAAPD : Plan National d'Action pour des Achats Publics Durables
PNSE : Plan National Santé Environnement
PRI : Principe Responsable Investment
RSE/O : Responsabilité Sociétale des Entreprises/Organisations

Introduction

Depuis l'émergence du concept pendant les années 1970, le développement durable a progressivement atteint un certain niveau de conscience au sein de la société.

Pour autant, il demeure encore parfois difficilement perçu à l'aune de la définition consensuelle élaborée par les Nations-Unies. A savoir un développement basé sur 3 piliers fondamentaux que sont l'économie, l'environnement et le social (figure1). Une vision imparfaite qui trouve en partie son explication dans la prépondérance de l'environnement et de l'écologie dans l'imaginaire collectif. Une raison dictée, lors de la création du Club de Rome, par la nécessité de la prise en considération de la préservation de l'environnement qui doit être observée, parallèlement à la croissance économique et industrielle de l'époque, ceci afin d'éviter que se reproduisent des cataclysmes écologiques et sanitaires, à l'instar de la catastrophe de Seveso en 1973 en Italie et de Minamata en 1976 au Japon.

C'est cette notion d'usage raisonné et contrôlé des ressources naturelles afin d'assurer leur pérennité au cours des siècles à venir qui a aboutit au rapport de Brundtand en 1987.

Ce rapport introduit le concept de développement durable par ces termes : « *un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* » (5).

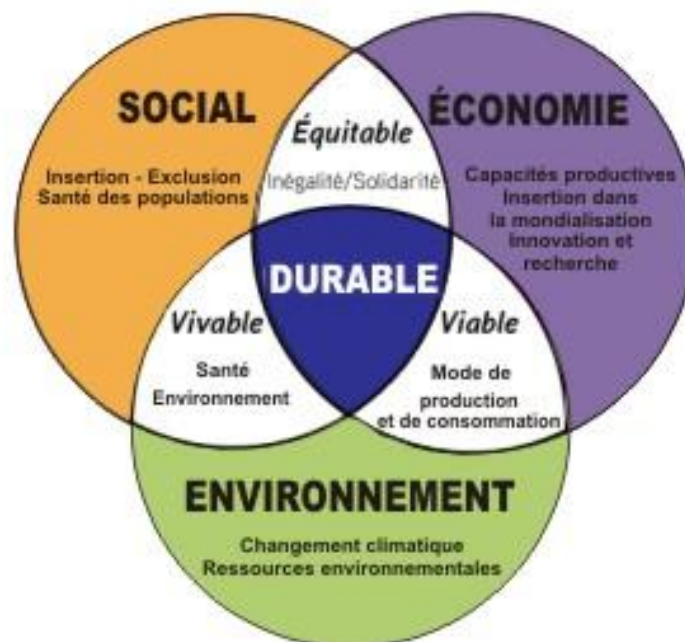


Figure 1 : Représentation du Développement Durable (source : <http://www.insee.fr>)

Le flou sémantique perdure malgré cela, si certaines personnes réduisent le développement durable à une approche purement environnementale, d'autres au contraire, lui reprochent ses frontières nébuleuses rendant possible selon eux, l'intégration de nombreuses problématiques dans le champ du développement durable, achevant ainsi de décrédibiliser à leurs yeux la puissance du concept. Cette remarque introductive a son importance car, dans le sujet abordé par cette thèse, il sera question par la suite de l'intégration du développement durable dans les activités de soin au sein d'un établissement hospitalier (en l'occurrence le centre hospitalier universitaire de Rennes). Les entreprises elles-mêmes, avouent parfois leur difficulté concernant l'organisation et la méthodologie à mettre en place pour répondre aux objectifs (4). Ainsi, la perception qu'a le personnel soignant du développement durable est l'un des indicateurs qu'il sera nécessaire de considérer pour la mise en place d'une démarche pragmatique, tenant compte des attentes émanant de l'institution et des équipes de soin.

Aujourd'hui, la place primordiale du développement durable au sein des organisations est communément admise. Ceci est d'autant plus vrai pour les établissements hospitaliers si l'on tient compte des impacts de leurs activités sur la société. Sur le plan environnemental comme principaux pourvoyeurs de déchets au sein des collectivités (11). Sur le plan économique comme principaux employeurs, à l'instar du CHU de Rennes qui emploie plus de 7 000 personnes et dont les activités impliquent toute une chaîne de valeur, incluant les patients et leur famille, les professionnels libéraux, les fournisseurs et participent ainsi à l'ancrage territorial. Sur le plan social, pour leur mission première de dispensation des soins. Ces impacts ne sont pas exclusifs. Ainsi, l'exemple du traitement des DASRI englobe à la fois des critères environnementaux pour l'énergie nécessaire à l'acheminement et la combustion des déchets dans les hauts fourneaux des centres d'incinération, des critères sociaux pour le risque psycho-émotionnel qu'implique la collecte de tels déchets, des critères économiques pour le coût supporté par les collectivités pour la gestion de ces déchets.

Le 2^{ème} Grenelle de l'Environnement établit des stratégies nationales qui trouvent échos dans les activités des établissements de soins, notamment à travers l'objectif n°5 : « maitrise des risques, traitement des déchets et préservation de la santé » (12). Des dispositifs réglementaires accompagnent désormais les hôpitaux dans leurs missions à travers la mise en place de plusieurs directives sanitaires.

Parmi ceux-ci, le plan national d'action des achats publics durables (PNAAPD), décidé en mars 2007 et qui fixe des règles en matière d'achats écoresponsables au sein des

marchés publics. Les établissements de santé se doivent d'observer une maîtrise de leurs dépenses énergétiques et de leur émission de gaz à effet de serre.

Concernant le bâti, le référentiel HQE de juillet 2008 prévoit des dispositions particulières pour les infrastructures hospitalières.

La circulaire de décembre 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics. Il est prévu pour les établissements hospitaliers, des objectifs sur 10 ans, de réduction de 50% des gaz à effet de serre et de 35 à 40% des consommations d'énergie (18).

Il convient de mentionner enfin, le manuel de certification de l'HAS dont la version revue de 2010 fixe de nouvelles exigences en matière de développement durable. Les aspects en lien avec l'environnement sont abordés en référence 7 du chapitre 1 avec la gestion de l'énergie, de l'eau, de la qualité de l'air et l'hygiène des locaux. Les aspects découlant du social apparaissent dans la référence 3 du chapitre 1 : « la gestion des ressources humaines » et à travers tout le chapitre 2 qui traite de la prise en charge du patient (la bientraitance et les droits, la prise en charge de la douleur, la fin de vie, l'accueil du patient...). Quant aux aspects économiques, ils apparaissent dans la référence 4 du chapitre 1 : « la gestion des ressources financières » ainsi que dans la référence 6 : « la gestion des fonctions logistiques et des infrastructures », notamment avec le critère « achats écoresponsables et approvisionnements ». Il est à noter que le thème du développement durable figure spécifiquement au sein de la référence 1 du chapitre 1 : « engagement dans le développement durable » (10).

Outre cet arsenal réglementaire, les hôpitaux eux-mêmes, établissent une feuille de route concernant les orientations stratégiques à prendre et ce, notamment en matière de développement durable. Aidés en cela par le plan Hôpital 2012 qui spécifie les conditions d'éligibilité de financement, incluant la qualité de l'environnement et la compatibilité avec le développement durable. Le baromètre du Développement Durable des hôpitaux constitue un bon moyen pour ces derniers de promouvoir les initiatives et les efforts entrepris et de « *recenser les actions écologiquement et socialement responsables* » (3)

Le CHU de Rennes a fait le choix d'inscrire le développement durable dans son projet d'établissement ainsi que de le faire figurer dans les contrats des pôles. Le projet d'établissement 2012-2016 prévoit en effet d'agir dans ce sens, en listant « le développement durable et les soins » dans ses priorités opérationnelles (Annexe1). Pour

cette raison notamment, la commission développement durable a choisi de cibler son activité en privilégiant les actions de développement durable dans les unités de soin, c'est-à-dire en les intégrant dans les pratiques soignantes. La mission professionnelle s'articule autour de la mise en place d'une stratégie favorisant le déploiement de pratiques vertueuses au regard du développement durable dans les activités de soin.

Comme mentionné plus haut, la prise en compte de la perception du développement durable fut un élément déterminant dans l'élaboration de la démarche initiée auprès du personnel soignant. Il a été décidé de construire la réflexion en s'appuyant sur le concept de la responsabilité sociétale des organisations. La RSO est la contribution des organisations au développement durable et se base sur des principes de redevabilité et de transparence.

La norme ISO 26000, qui découle directement des principes de la RSO en est l'application concrète. Cet outil sera à la base de la méthodologie élaborée au cours de la mission professionnelle. L'objet de cette thèse porte sur la déclinaison de l'ISO 26000 dans les pratiques soignantes. Peu d'établissements de santé se sont lancés dans une démarche RSO d'où l'aspect assez innovant du projet et de son intégration parfois difficile dans l'univers du soin et les approches qui ont nécessité parfois d'être réévaluées selon l'accueil auprès de la cible visée et/ou de la faisabilité de certaines étapes qui ont jalonné la mission.

Le projet initial de la mission portait sur l'amplification des actions à visée développement durable au sein du pôle d'Imagerie et explorations fonctionnelle et plus particulièrement, le service d'imagerie thoracique, conformément aux attentes inscrites dans le contrat du pôle. Cependant, suite à la participation aux salons Santé&Autonomie, la commande de départ a bifurqué sur un projet plus ambitieux impliquant l'ensemble des pôles de soin.

La première partie de la thèse traitera de la responsabilité sociétale, de son outil dédié qu'est la norme ISO 26000, et de la méthodologie construite autour, en tenant compte des spécificités inhérentes à un établissement de santé et de la problématique de l'intégration du développement durable sans compromettre pour autant la qualité des activités de soins.

La seconde partie abordera plus spécifiquement la situation du CHU de Rennes, avec une présentation de ce dernier, un état des lieux de ses activités passées, en cours et en devenir ainsi que la structuration du réseau des ambassadeurs, les futurs référents qui

auront pour rôle de collecter les bonnes pratiques et d'accompagner les équipes dans la planification d'actions en faveur du développement durable.

La dernière partie de ce rapport sera consacrée à la présentation du processus mis en place lors de la mission qui comprend :

- l'inventaire des réunions avec les différentes équipes soignantes, techniques et de directions impliquées dans le projet.
- la création des supports et outils dédiés aux ambassadeurs afin de les épauler dans leur mission (fiches méthodologiques, espace intranet).
- le déroulement des préparatifs de la grande journée d'information sur les travaux menés par la commission Développement Durable.

Cette partie s'achèvera par une analyse critique de la méthode appliquée, des indicateurs potentiellement utilisables (indicateurs AFAQ et du GRI), de la nécessité d'une activité de veille (benchmark) et de réseau (partenariats inter CHU, C2DS, Rennes Métropole...).

1 RSE et ISO 26000, les outils au service de la commission Développement Durable

1.1 La responsabilité sociétale des entreprises/organisations

1.1.1 L'émergence d'un concept

Afin de répondre aux interrogations des organisations quant aux modalités d'intégration du développement durable dans le champ de leurs activités, d'apporter des solutions pragmatiques en phase avec leurs attentes et surtout, de les sensibiliser aux impacts que peuvent avoir leurs actes sur la société et l'environnement, le concept de responsabilité sociétale a vu le jour. Il s'agit d'un phénomène récent, d'abord réservé aux seules entreprises-comme l'indique par ailleurs l'acronyme RSE-le but étant de contraindre celles-ci à rendre des comptes et à plus de transparence dans leurs pratiques. Le livre vert de l'ONU fournit en 2001, une définition plus détaillée : *«concept des Nations Unies reconnaissant que les entreprises ont un rôle à jouer dans l'obtention d'un développement durable et qu'elles peuvent gérer leurs opérations de manière à stimuler la croissance économique et renforcer la compétitivité tout en garantissant la protection de l'environnement et en promouvant la responsabilité sociale»*.

Renforcée au niveau international, par l'instauration des PRI en 2006 (Principles of Responsible Investment : Principe pour l'Investissement Responsable) portés par le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (UNEP FI) et le Pacte Mondial (initié en 2000 par Kofi Annan, alors secrétaire général de l'ONU, pour fédérer les entreprises autour de 10 principes universels comprenant entre autre, les droits de l'Homme, les normes de travail, l'environnement et la lutte contre la corruption). Les PRI visent à inciter les entreprises à adopter des investissements socialement responsables. En décembre 2006 le CESE émet un avis de communication auprès du Parlement européen en insistant sur l'importance de *« la mise en œuvre du partenariat pour la croissance et l'emploi : faire de l'Europe, un pôle d'excellence en matière de responsabilité sociale des entreprises »*.

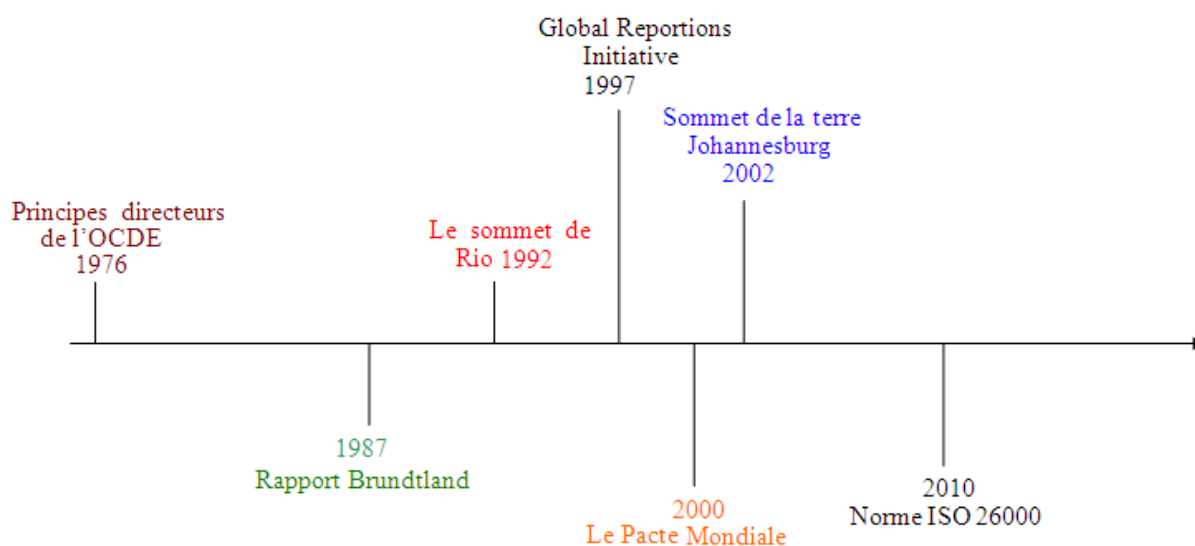


Figure 2 : Les dates clefs du développement durable et de la responsabilité sociétale
 (Source : guide d'application de l'ISO 26000 aux OPH)

Au niveau de la France, les évolutions successives et relatives à la RSE ont commencé par la promulgation de la loi NRE en mai 2001 ayant pour objet la transparence des activités des entreprises (notamment sur le plan social avec un volet axé sur la lutte contre la discrimination). La France fait donc figure de pionnière en matière de RSE, d'autant que l'aspect juridique renforce la puissance du dispositif en obligeant les entreprises cotées en bourse, à fournir dans leur rapport annuel, des informations relatives aux conséquences sociales et environnementales de leurs activités. La réglementation s'est depuis étoffée, comme mentionné plus haut, avec le PNAAPD ainsi que les dispositifs apportées par les 2 grenelles de l'environnement.

1.1.2 La RSE, une démarche volontariste

Devoir rendre des comptes aux parties prenantes peut s'apparenter à une contrainte pour les entreprises. Pour autant, l'attrait pour la RSE est en constante augmentation, ce qui peut sembler paradoxale. La crise n'a pas eu d'impact majeur sur ce phénomène car « 52% des 200 décideurs interrogés dans l'étude TNS/SOFRES/Les Echos/La Poste menée par téléphone en février/mars 2010 dans des entreprises de plus de 500 salariés (avec 70% de directeurs Développement Durable) déclarent que « la crise n'a rien changé aux projets et actions DD de 31% que « cela les a même renforcées » (14). Cet engouement se justifie en fait par les opportunités qui s'offrent aux entreprises se lançant dans une telle démarche. La RSE constitue en effet un levier potentiellement puissant de développement car il implique notamment des changements dans le système de

gouvernance qui peut être profitable à l'organisation en instaurant une dynamique de progrès en interne. Même s'il revêt un aspect volontariste, la RSE n'est pas pour autant du mécénat d'entreprise dans le sens où cette thématique englobe la totalité des domaines de l'entreprise et n'est pas dévolue à une unique action philanthropique. Par ailleurs, s'impliquer dans une démarche RSE, au regard de l'évolution de la réglementation, peut permettre à l'entreprise de se prémunir de futures contraintes en les anticipant.

1.1.3 Les avantages de la RSE

La RSE présente un certain nombre d'avantages qui contrebalancent grandement les efforts consentis pour son intégration dans les arcanes de l'entreprise. Parmi ceux recherchés, il convient de citer :

- le renforcement du capital-image et la valorisation des activités de l'entreprise en créant un climat de confiance avec ses parties prenantes.
- Obtenir un avantage concurrentiel substantiel, toujours en exploitant ce capital image, en répondant aux demandes des clients par des démarches d'obtention de certifications (par exemple ISO 14001) ou d'éco-labels.
- Fédérer le personnel de son entreprise et l'impliquer dans une dynamique d'amélioration continue en favorisant notamment un climat de travail propice à l'épanouissement professionnel.
- Maîtriser les risques, notamment socio-professionnels et environnementaux, c'est agir sur la maîtrise des coûts supportés par l'entreprise, notamment en cas de situations de crise ou de sinistre.
- Investir dans des technologies éco-innovantes et en faire la promotion, mettre en place une politique d'achats éco-responsables ou soumettre les procédés de fabrication à des audits d'éco-conception, se traduit par une économie d'énergie et donc un amortissement des coûts de productions
- Réduire les inégalités sur le marché de l'emploi en agissant sur les discriminations à l'embauche (favoriser par exemple l'emploi de personnes handicapées).

1.1.4 La contribution à la société

De bien des manières, la RSE participe à l'ancrage territoriale, ce constat est d'autant plus flagrant pour le cas précis de cette thèse, en ce qui concerne le poids du CHU à l'échelle de l'agglomération. Il convient dès lors, de ne plus parler de responsabilité sociétale de l'entreprise mais bel et bien de l'organisation. En contribuant à l'amélioration du dialogue social au sein de sa chaîne de valeur (le personnel de l'entreprise), à la qualité des échanges avec les parties prenantes (consommateurs, associations, ONGs, pouvoirs publics...), l'organisation participe à l'amélioration de la société en générale.

1.2 La norme ISO 26 000

1.2.1 Une norme « hors norme »

La norme ISO 26000 est la réponse aux organisations désireuses de mettre en place une politique de responsabilité sociétale. Sa diffusion date de novembre 2010 et sa rédaction est le fruit de la collaboration d'experts de plus de 90 pays et de 40 organisations internationales, regroupés en groupes de travail comprenant les consommateurs, les pouvoirs publics, l'industrie, les travailleurs, les ONGs et un dernier groupe avec les services, le conseil, la recherche et l'enseignement. Des dispositions ont été observées afin de respecter une certaine mixité parmi les individus mis à contribution ainsi qu'une représentation proportionnée des pays en voie de développement, dans l'écriture de la norme (2).

Sur plusieurs points, celle-ci se démarque des normes habituelles de l'AFNOR. Elle conserve l'aspect volontariste de la responsabilité sociétale dans le sens où aucune exigence n'est imposée, des lignes directrices et des préconisations sont simplement énoncées. Ce qui explique entre autre qu'elle ne fait pas l'objet d'une certification, bien que les organisations souhaitant une évaluation de leur niveau d'intégration des préceptes de la norme puissent recourir à la méthodologie AFAQ26000 proposée par l'AFNOR. Cette dernière songe déjà à élaborer une procédure de certification afin de récompenser les organisations les plus méritantes. A l'heure actuelle, l'ISO 26000 reste avant tout plébiscitée pour sa flexibilité qui permet une évolution des pratiques de l'organisation. Son objectif premier est de fournir un cadre, un périmètre pour la réalisation d'actions en faveur du développement durable, sous le prisme de la responsabilité sociétale. D.Gauthier, président de la commission Responsabilité Sociétale à l'AFNOR définit la norme comme un « *outil de progrès dans une logique de*

responsabilité sociétale et de progrès permanent et participatif, respectueux de l'environnement, respectueux des agents, et des hommes et des femmes à l'extérieur, tout en assurant la pérennité économique. Nous sommes dans une logique d'ouverture et d'évolution de culture ». Dans cette définition apparaissent les 3 composantes du développement durable à savoir le respect de l'environnement, le respect des individus sur le versant social et enfin la pérennité économique, ce qui achève d'ancrer la norme comme un outil au service de la promotion de la responsabilité sociétale et par extension, du développement durable.

La norme introduit un certain nombre de notions qu'il est nécessaire de bien appréhender pour une bonne compréhension de sa lecture. Parmi celles-ci, il convient notamment de distinguer :

- La redevabilité, définit comme « *un état consistant, pour une organisation, à être en mesure de répondre de ses décisions et activités à ses organes directeurs, ses autorités constituées et plus largement, à ses parties prenantes »*
- Le devoir de vigilance, définit comme « *une démarche globale, proactive d'identification, visant à éviter et atténuer les impacts négatifs sociaux, environnementaux et économiques, réels et potentiels qui résultent des décisions et activités d'une organisation sur tout le cycle de vie d'un de ses projets ou activités »*
- Le comportement éthique définit comme « *un comportement conforme aux principes acceptés d'une conduite juste ou bonne dans le contexte d'une situation particulière, et en cohérence avec les normes internationales de comportements »*
- L'impact de l'organisation définit comme « *un changement positif ou négatif subi par la société ou l'environnement, résultant entièrement ou en partie des décisions et activités passées et présentes d'une organisation »*
- La gouvernance de l'organisation définit comme « *un système au moyen duquel une organisation prend et applique des décisions dans le but d'atteindre ses objectifs »*
- Le dialogue social définit comme « *une négociation, consultation ou simple échange d'informations entre les représentants des gouvernements, les employeurs et les travailleurs sur des sujets d'intérêt commun concernant la politique économique et sociale »*
- La sphère d'influence définit comme « *la portée/ampleur des relations politiques, contractuelles, économiques ou autres à travers lesquelles une organisation a la capacité d'influer sur les décisions ou les activités de personnes ou d'autres organisations »*
- Les parties prenantes et le dialogue qui lui est associé définit comme « *individu ou groupe ayant un intérêt dans les décisions ou activités d'une organisation »* et « *une*

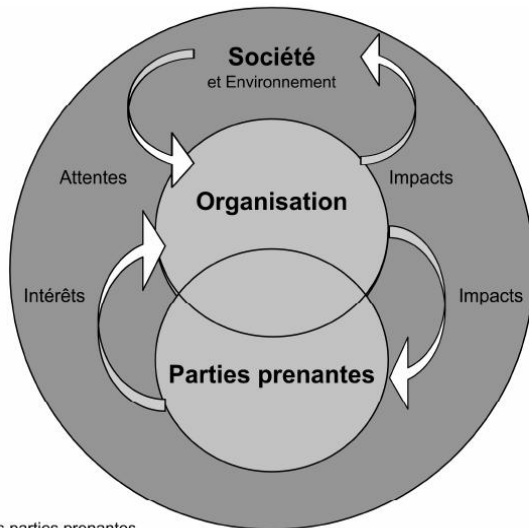
activité entreprise pour créer des opportunités de dialogue entre l'organisation et une ou plusieurs de ses parties prenantes, dans le but d'éclairer les décisions de l'organisation »

- La transparence définit comme « *l'accessibilité des informations relatives aux décisions et aux activités ayant une incidence sur la société, l'économie et l'environnement, et volonté d'en assurer une communication claire, exacte, opportune, honnête et complète »*
- La chaîne de valeur définit comme « *la séquence complète d'activité ou d'acteurs qui fournissent ou reçoivent de la valeur sous forme de produits ou de services »*

La plupart de ces notions sont énumérés dans les 7 principes dictées par la norme et que l'organisation désirent œuvrer pour la RSO, se doit d'observer, à savoir :

- La redevabilité
- La transparence
- Le comportement éthique
- La reconnaissance des intérêts des parties prenantes
- Le respect du principe de légalité
- La prise en compte des normes internationales de comportement
- Le respect des Droits de l'Homme

La norme met l'accent sur les parties prenantes et souligne notamment l'importance à accorder au processus d'identification de celles-ci. La 2nd partie de ce rapport proposera une illustration possible des interactions du CHU avec ses propres parties prenantes.



NOTE Les parties prenantes peuvent avoir des intérêts qui ne sont pas compatibles avec les attentes de la société

Figure 3 : Relation entre une organisation, ses parties prenantes et la société (source : *Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale NF ISO26000 Novembre 2010*)

1.2.2 Architecture de la norme

La norme s'articule autour de 7 questions centrales, elles-mêmes découpées en domaines d'actions au nombre de 36. Lors de l'étape d'identification de ces questions et des principaux domaines d'actions de responsabilité sociétale par l'organisation, la norme précise que si l'intégration des questions centrales est incontournable, il convient cependant d'accorder un certain degré de pertinence dans le choix des domaines d'action à aborder. Ce détail a son importance car dans le cadre de l'appropriation de l'ISO 26000 appliquée aux pratiques de soin, un certain nombre de domaines d'action n'aura pas lieu d'être retenu, ceci sera abordé dans le paragraphe suivant.

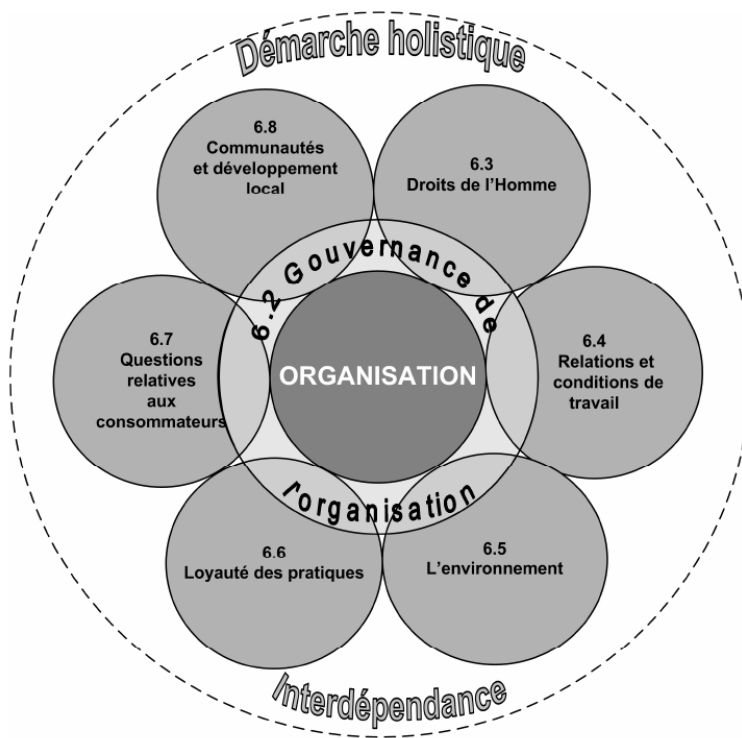


Figure 4: Les 7 questions centrales (source : *Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale NF ISO26000 Novembre 2010*)

Les questions centrales sont introduites par la norme avec un préambule intitulé vue d'ensemble, qui rappelle au lecteur, les normes internationales de comportement à observer. Par exemple, concernant les Relations et conditions de travail, un encadré est consacré à l'OIT. Les domaines d'action sont présentés en 2 parties : la 1^{ère} est une description du domaine concerné, la 2nd porte sur les actions et attentes associées vis-à-vis du domaine de la part de l'organisation.

Aucune question centrale ne fait directement référence à l'économie, qui constitue pourtant l'un des 3 piliers du développement durable. Les rédacteurs de la norme précisent toutefois que les recommandations et les attentes exposées incitent implicitement les structures à inclure ce domaine dans leur développement.

| Domaine d'action |
|--|
| 1.Droits de l'Homme |
| 1.1 Devoir de vigilance |
| 1.2 Situations présentant un risque pour les droits de l'Homme |
| 1.3 Prévention de la complicité |
| 1.4 Remédier aux atteintes aux droits de l'Homme |
| 1.5 Discrimination et groupes vulnérables |
| 1.6 Droits civils et politiques |
| 1.7 Droits économiques, sociaux et culturels |
| 1.8 Principes fondamentaux et droits au travail |
| 2. Relations et conditions de travail |
| 2.1 Emploi et relations employeurs/employés |
| 2.2 Conditions de travail et protection sociale |
| 2.3 Dialogue social |
| 2.4 Santé et sécurité au travail |
| 2.5 Développement du capital humain |
| 3.L'environnement |
| 3.1 Prévention de la pollution |
| 3.2 Utilisation durable des ressources |
| 3.3 Atténuation des changements climatiques et adaptation |
| 3.4 Protection de l'environnement, biodiversité et réhabilitation des habitats naturels |
| 4. Loyauté des pratiques |
| 4.1 Lutte contre la corruption |
| 4.2 Engagement politique responsable |
| 4.3 Concurrence loyale |
| 4.4 Promotion de la responsabilité sociétale dans la chaîne de valeur |
| 4.5 Respect des droits de propriétés |
| 5. Questions relatives aux consommateurs |
| 5.1 Pratiques loyales en matière de commercialisation, d'informations et de contrats |
| 5.2 Protection de la santé et de la sécurité des consommateurs |
| 5.3 Consommation durable |
| 5.4 Service après-vente, assistance et résolution des réclamations et litiges pour les consommateurs |
| 5.5 Protection des données et de la vie privée des consommateurs |
| 5.6 Accès aux services essentiels |
| 5.7 Education et sensibilisation |
| 6. Communautés et développement local |
| 6.1 Implication auprès des communautés |
| 6.2 Education et culture |
| 6.3 Création d'emplois et développement des compétences |
| 6.4 Développement des technologies et accès à la technologie |
| 6.5 Créations de richesses et de revenus |
| 6.6 La santé |
| 6.7 Investissement dans la société |

Tableau 1 : Questions centrales et domaines d'action de responsabilité sociétale (source : *Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale NF ISO26000 Novembre 2010*)

1.2.3 Quelle traduction de cette norme sur les problématiques soignantes

En l'état, il apparaît que la stricte application de l'ISO 26000 aux problématiques liées à l'activité des soins n'est pas pertinente et nécessite des réajustements pour se conformer aux véritables attentes du monde soignant. Pour un usage circonstancié, un travail de traduction doit être au préalable engagé, afin que les principes édictés soient appropriables par tous et ce, avec une sémantique adaptée. Ce travail constitue l'un des temps forts de la mission et l'application concrète qui en découle, sera abordée de façon beaucoup plus spécifique au sein de la 3^{ème} partie de ce rapport.

Cela a déjà été mentionné en introduction, peu d'établissements de santé ont à ce jour, entrepris une démarche de responsabilité sociétale sous l'égide de la norme. Le C2DS œuvre néanmoins sur la rédaction d'un guide à l'usage des établissements hospitaliers et a constitué pour ce faire, un groupe de travail composé de plusieurs professionnels de santé. Par ailleurs, l'exemple de la polyclinique de Blois mérite d'être cité, pour s'être lancé dans un processus d'évaluation de ses pratiques selon la méthodologie AFAQ 26000 qui permet de mesurer le niveau de performance de l'organisation vis-à-vis de sa responsabilité sociétale. Il s'agit pour l'heure, d'un cas unique en France, démontrant bien que beaucoup reste à faire en terme de promotion de la responsabilité sociétale dans les établissements hospitaliers.

La norme a été rédigée dans l'esprit d'une portée internationale, même si certains pays parmi ceux consultés pour son élaboration n'ont pas approuvé la version finale (les USA, Cuba, l'Inde, la Turquie et le Luxembourg). Il est ainsi fait fréquemment référence aux normes internationales de comportements et de ce qui en découle : lutte contre la corruption, la complicité... tout en étant soucieux de la législation en vigueur. Le but étant de contraindre les entreprises implantées dans des pays n'observant pas une politique de respect des Droits de l'Homme, à faire preuve de vigilance et d'éthique et ne pas profiter abusivement d'une législation locale avantageuse mais contraire aux principes déontologiques. Cependant, dans le contexte présenté dans ce rapport, à savoir un établissement hospitalier français, il va de soi que l'observance de certains domaines d'action ou l'importance à accorder à certaines questions centrales peut sembler superflue. C'est le cas de plusieurs domaines d'action relatifs aux droits de l'Homme, à l'instar des situations présentant un risque pour les droits de l'Homme, à la prévention des atteintes aux droits de l'Homme et aux droits civils et politiques. Il convient en effet de considérer que les dispositifs prévus d'une par le droit français en général et d'autre part par la réglementation en vigueur pour les activités de soins encadre les pratiques des

établissements hospitaliers. Par ailleurs, certains domaines d'action concernent directement le cœur de métier de l'établissement et n'ont donc pas lieu d'être considérés. Pour le reste, il s'agit d'une question de priorisation qui est fonction des thématiques de projets engagés par l'établissement. Dans le cas présent, la démarche porte sur l'intégration du développement durable dans les activités du CHU strictement circonscrites aux soins. Ainsi, l'accent sera mis sur tel ou tel domaine d'action, directement en lien avec les effets escomptés.

Afin de permettre une réappropriation de la terminologie de la norme dans un contexte hospitalier, un atelier a été proposé à des participants, tous issus du « monde soignant », lors du salon Santé&Autonomie 2013. Voici les propos recueillis à l'évocation des différentes questions centrales :

- ✓ Gouvernance de l'Organisation
 - Identification et mode de dialogue (concertations, échanges, fluidité de transmission des informations relatives aux patients)
 - Partage d'un projet, de valeurs...
 - Décloisonner, travailler en transversalité
 - Capitalisation, partage de bonnes pratiques

- ✓ Les droits de l'Homme
 - Egalité des chances et des soins
 - Confidentialité, respect de la vie privée
 - Respect de l'être humain et de sa dignité
 - Droit du patient et accessibilité aux soins

- ✓ Relations et conditions de travail
 - Egalité homme/femme
 - Aménagement du temps de travail
 - Ergonomie du poste de travail/intégrations de personnes handicapées
 - Valorisation des compétences/formation continue
 - Pris en compte de la pénibilité du travail/prévention des risques psychosociaux et psycho-émotionnels

- ✓ Environnement
 - Déchets (DAOM, DASRI...) : production, tri, recyclage et valorisation
 - Energie : gestion vertueuse des ressources
 - Transport : déplacement du personnel et éco-conduite
 - Produits dangereux : utilisation et stockage
 - Matériels médicaux et fournitures : question de l'usage unique

- ✓ La loyauté des pratiques (éthique au travail)
 - Propositions d'alternatives thérapeutiques/ Pertinence des soins
 - Alerte et identification de la maltraitance
 - Lutte contre les systèmes de dépendances des patients
 - Conditions de travaux et sécurité des sous-traitants (bio-nettoyage)
 - Achats responsables

- ✓ Les questions relatives aux patients (remplaçant ici « consommateurs »)
 - Accessibilité des soins (géographique, physique, financière)
 - Sécurité des soins, sécurité de l'environnement
 - Confidentialité
 - Accueil, empathie, accompagnement pré et post opératoire
 - Espace de convivialité, d'échange, de vie...

- ✓ Les communautés et le développement local
 - Favoriser l'activité et l'emploi local
 - Participation des usagers et des associations aux décisions relevant de l'établissement
 - Cartographie des parties prenantes
 - Partenariat avec les entreprises locales
 - Renforcement des campagnes de communication : éducation thérapeutique, prévention, sensibilisation...

Les réponses proposées par les participants concernant la question centrale de la loyauté des pratiques sont intéressantes car elles ne correspondent pas réellement aux attentes associées aux domaines d'action de cette question qui font plutôt référence à une éthique commerciale. Ceci démontre une fois de plus, qu'étant donné le domaine d'activité des établissements de santé, une approche différente est nécessaire et possible sans pour autant altérer l'esprit de la norme.

2 Présentation du CHU et état des lieux général

2.1 Présentation générale

2.1.1 Les différents sites du CHU et

Le CHU de Rennes est réparti sur 5 sites au niveau de la ville de Rennes :

- Le site de Pontchaillou
- L'Hôpital Sud
- L'hôtel Dieu
- La Tauvrais
- Le Centre de soins dentaires

Si les projets de la commission développement durable englobent in fine, l'ensemble des sites du CHU, il sera surtout fait allusion en 3^{ème} partie du site de Pontchaillou, pour son caractère névralgique et décisionnaire (emplacement du siège de l'administration générale) et pour des raisons matérielles qui ont conduit à orienter les principales rencontres et réunions de travail au cours de la mission sur ce lieu.

2.1.2 Les chiffres clefs

Le dernier bilan d'activité du CHU date de 2011. L'établissement emploie plus 7300 personnes dont 27% environ composés uniquement de personnel soignant. Les capacités d'accueil des différentes infrastructures sont de 1 737 lits (dont 52% sur le seul site de Pontchaillou) et 178 places. Les lits sont en très grande majorité alloués aux services de médecine et de chirurgie (respectivement 48,5% et 29,2% des lits). 52% des patients sont originaires de l'agglomération Rennaise. Le site de Pontchaillou comprend 3 principaux bâtiments d'activité médicale :

- Le bloc hôpital (bâtiment le plus ancien)
- Le Centre de Cardiologie-Pneumologie (CCP)
- Le Centre d'Urgence et de Réanimation (CUR)



Bloc Hôpital (position 11)



CCP (position 50)



CUR (position 24)



Figure 5 : Plan du site de Pontchaillou (source : http://www.chu-rennes.fr/sections/le_chu_en_bref/les_plans_d_acces/l_hopital_pontchail)

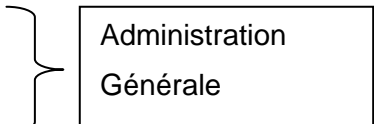
2.2 La gouvernance du CHU

2.2.1 Les pôles hospitalo-universitaires

L'établissement comprend 17 pôles (dont la liste complète figure en annexe 4) eux même subdivisés en 51 services. Parmi ces pôles, il convient de distinguer les pôles cliniques des pôles de recherche et de médecine support. Chaque pôle comprend à sa tête, une direction tripartite composée d'un chef de pôle, d'un directeur adjoint aux pôles et d'un cadre supérieur de santé. Les pôles ont des objectifs fixés dans les contrats de pôle. Le pôle d'imagerie et exploration fonctionnelle a par exemple pris des engagements en matière de développement durable dans le fonctionnement de ses services avec parmi ceux-ci, une utilisation raisonnée des ressources.

2.2.2 Les directions

Outre l'administration générale, le CHU compte en son sein un certain nombre de directions regroupant le personnel administratif et du personnel en charge du soutien technique et logistique :

- la direction Générale
 - la direction de la Qualité et des relations avec les usagers
 - la direction des Pôles et projets
- 
- The diagram shows a right-facing curly bracket grouping the first three items of the list above. To the right of the bracket is a rectangular box containing the text 'Administration Générale'.
- la direction des Ressources Humaines
 - la direction des Ressources médicales et des coopérations
 - la direction des Soins
 - la direction des Finances et des systèmes d'information
 - la direction de l'Ingénierie avec :
 - la direction de l'ingénierie biomédicale
 - la direction de la Politique des achats et de la logistique
 - la direction du Plan et des Travaux

Au sein de la direction du Plans et des Travaux, un ingénieur est en charge des problématiques de développement durable, principalement celles liées aux infrastructures. Cette direction a en charge une surface de 300 000m² de locaux et 47ha d'espaces extérieurs (espace vert, voirie, éclairage public...). Elle a entre autre pour mission d'assurer le fonctionnement des bâtiments et des sites avec l'approvisionnement

nécessaire en énergie (électricité et chauffage) et l'apport en fluide (eau et gaz médicaux) ainsi que de veiller à l'entretien et le maintien en état des installations. Enfin, cette direction assure la mise en œuvre des travaux relatifs aux plans directeurs (le chantier du moment concerne l'aménagement de la nouvelle aile orthopédie au sein du « bloc Hôpital » du site de Pontchaillou), le suivi des programmes d'investissement ainsi que les disponibilités budgétaires, des travaux de restructuration ou de remise à niveau des locaux et services.

Les instituts de formation des professions paramédicales (aide-soignant, infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale et sage femme) se situent dans le bâtiment des écoles sur le site de Pontchaillou et sont supervisés par la direction des Soins.

2.2.3 Les commissions et comités

Plusieurs entités en marge des directions et des pôles existent au sein de l'établissement. La présence de la plupart est rendue obligatoire par la réglementation qui impose aux établissements de santé de se doter de structures compétentes, aptes à répondre à des problématiques bien ciblées (lutte contre les infections nosocomiales, prise en charge des patients...). Les autres relèvent du choix de l'institution qui se positionne en fonction de leur place dans la stratégie des soins. Il est important de tenir compte de ces structures dans le pilotage des futurs projets qui seront menés sous l'égide du développement durable et de la responsabilité sociétale. Celles-ci peuvent être considérées comme des parties prenantes et en tant que telles, il convient des les identifier comme l'indique la norme. Ne seront présentées ici que les commissions et comités susceptibles d'interagir avec la commission développement durable. Dans la continuité de l'exercice présenté dans le dernier paragraphe du chapitre précédent : « quelle traduction de cette norme dans les pratiques soignantes », il est possible de relier le rôle de ces organisations avec des domaines d'action ou des questions centrales.

- La commission médicale d'établissement (CME)

Il s'agit de l'instance représentative de la communauté médicale. Ses attributions sont définies entre autre par les articles R.6144-1 et R.6144-2 du code de la Santé Publique. Celles-ci comprennent « *l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* » incluant entre autre les dispositifs de vigilance nécessaires à

la sécurité sanitaire et à la politique de formation continu des professionnels de santé, ainsi que « l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » avec les protocoles de prise en charge des patients et la démarche éthique qui y est associée (24). La CME est aussi consultée pour la rédaction du projet médical et du projet d'établissement. Ceci mérite d'être souligné car les travaux présentés dans ce rapport, découlent directement des orientations en matière de développement durable dans les unités de soins, inscrites dans le projet médical d'établissement 2012-2016. De part son importance stratégique dans la gestion des soins et du personnel, la CME peut être reliée à la question centrale relative à la gouvernance de l'organisation.

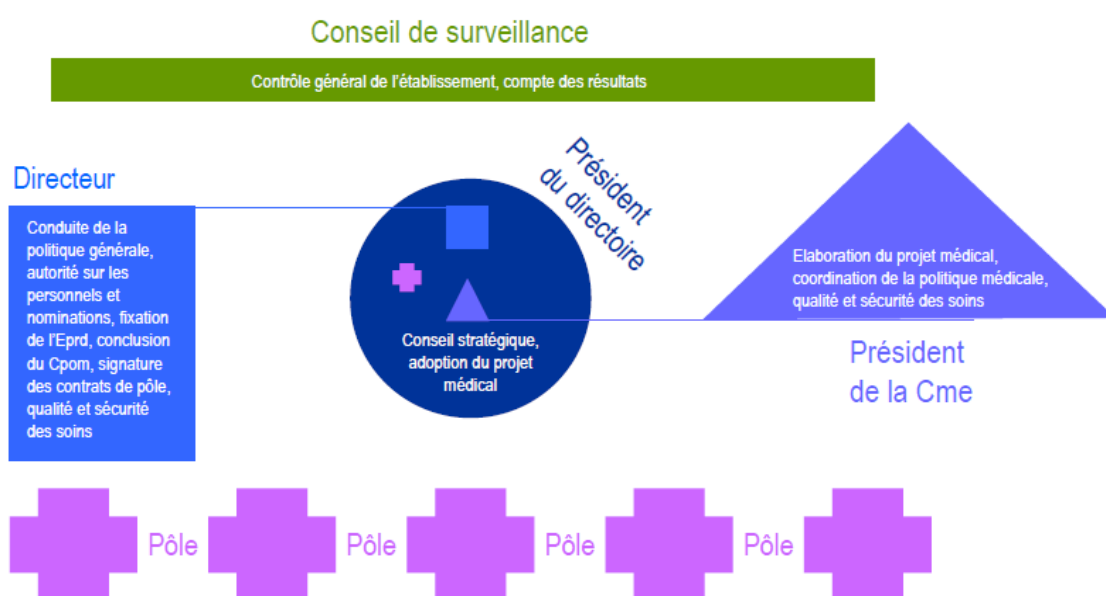


Figure 6 : Modélisation du système de gouvernance des établissements publics de santé incluant la place de la CME dans l'organisation (source : diaporama de présentation « Hôpital, patients, santé, territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes », document proposé par le ministère de la Santé et des Sports en septembre 2009)

- Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Cette commission est responsable de l'organisation générale des soins infirmiers. Son champ de compétence est couvert par les articles R 6146-10 à 16 du code de la Santé Publique (25). Elle intervient sur les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et se prononce sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ainsi que sur la politique de

développement professionnel continu. Contrairement à la CME, cette commission n'est pas consultée sur le projet médical d'établissement.

- Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

La COMEDIMS veille au respect du contrat du Bon Usage tel que définit par le décret du 24 août 2005 et renforcé par la circulaire du 19 janvier 2006. Ce contrat est établi pour une durée comprise entre 3 et 5 ans entre la CME, la COMEDIMS et l'ARS. Il vise à améliorer et sécuriser le circuit des médicaments, des produits et des prestations au sein de l'établissement de santé afin de garantir leur bon usage. La COMEDIMS participe à l'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Elle définit aussi avec les professionnels de santé, les priorités thérapeutiques adéquates. Tout ceci concourt à l'optimisation des ressources mises à disposition des services de soin en vue d'assurer la qualité des soins prodigués et de contrôler les dépenses en médicaments et autres dispositifs associés. Du point de vue du développement durable, cette commission peut être amenée à jouer un rôle clef dans le pilotage de certaines actions liées à la maîtrise des déchets médicamenteux, au recours à l'usage unique et la politique des achats du pôle de pharmacie.

- Centre de Coordination de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

Cet organe joue un rôle crucial dans la prévention contre les infections nosocomiales, infections pouvant être contractées au cours ou à la suite d'une hospitalisation si elles étaient absentes lors de l'admission dans l'établissement de santé. Ces infections peuvent concerner les patients mais aussi le personnel soignant et les autres professionnels de l'établissement en raison de leur activité. Le CCLIN élabore le programme de lutte contre les infections nosocomiales, définit la méthode et les indicateurs des activités de l'établissement présentant des risques infectieux nosocomiaux et rédige le rapport d'activité annuel. Il peut être sollicité quand des situations pouvant avoir une incidence sur la prévention et la transmission d'infections nosocomiales consécutives à des travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition de nouveaux équipements.

- Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)

La loi du 4 mars 2002 ainsi que le décret n°2005 du 2 mars 2005 ont abouti à la création des CRUQPC dans tous les établissements de santé, visant à intégrer les représentants des usagers dans les structures organisationnelles des établissements. Cette commission a pour principale fonction de veiller au respect des droits de patients et de faciliter leurs démarches avec l'administration hospitalière. Les réclamations et plaintes émanant des usagers et/ou de leurs proches sont portées à la connaissance de la commission ainsi que les réponses apportées par l'établissement. En cas de litige, une cellule de dialogue est mise en place et fait intervenir 2 médiateurs dont l'un d'eux est médecin. La CRUQPC est tenue de transmettre chaque année à l'ARS, un rapport d'activité.

- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Sous-commission de la CME, le CLUD est en charge de coordonner les actions de lutte contre la douleur au sein de l'établissement, conformément aux plans de lutte contre la douleur établis par le ministère de la Santé. L'action du CLUD se concentre essentiellement sur la définition de la politique et des moyens mis en œuvre de lutte contre la douleur. Ceci se traduit par la réalisation de programmes d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur ainsi que la conception de protocoles diagnostics et thérapeutiques et l'élaboration de guides de bonnes pratiques pour le personnel soignant. Le CLUD joue donc une fonction cruciale dans la prévention de la douleur et donc de l'éthique des soins

- Commission Développement Durable

Il s'agit d'une sous-commission de la CME, dont s'est pourvu le CHU de Rennes mais qui reste facultative. Les travaux et projets qui seront présentés en 3^{ème} partie de ce rapport ont été conduits sous l'égide de cette commission. Elle est constituée de 26 personnes. La composition de ses membres est caractérisée par l'hétérogénéité de leur provenance (directeurs, ingénieurs, cadres de soin, médecins et représentants syndicaux). En moyenne, la commission se réunit 3 fois par an, environ une fois chaque trimestre. Elle comprend un comité de pilotage qui est en charge de la mise en œuvre d'actions d'envergure, à l'instar de la construction du réseau des ambassadeurs DD de l'établissement. Suite à ce projet, la commission sera amenée à évoluer dans ses fonctions afin de tenir compte de l'impact d'un tel réseau sur le fonctionnement des unités

de soin. Par ailleurs, il a été proposé de rebaptiser la commission « CODDRESS », pour souligner ses nouvelles prérogatives en matière de responsabilité sociale(RESS).

2.2.4 Représentation des parties prenantes

En tenant compte des différents niveaux d'organisation existant au sein du CHU, il est possible de matérialiser les interactions de ces différentes entités avec la société et les parties prenantes à des échelles différentes selon l'unité d'organisation de base.

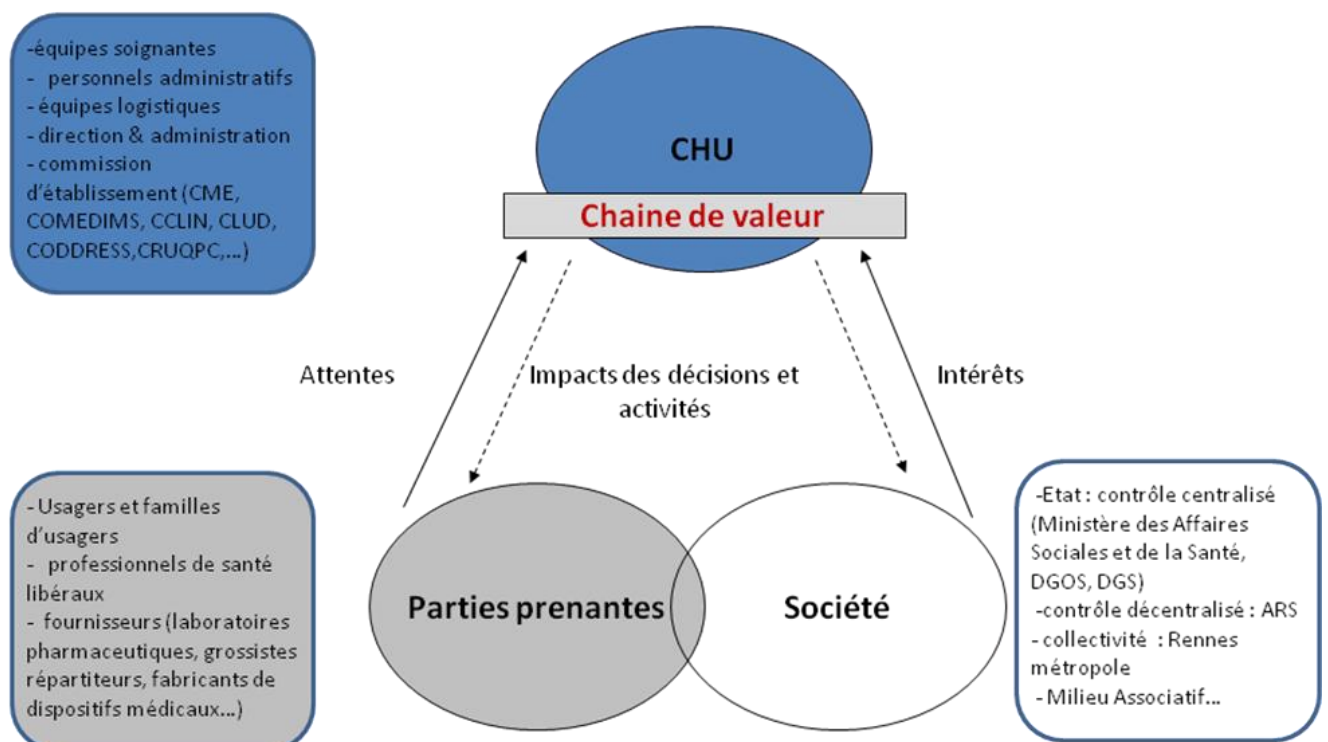


Figure 7 : Modélisation des interactions de l'organisation (CHU) avec ses parties prenantes et la société

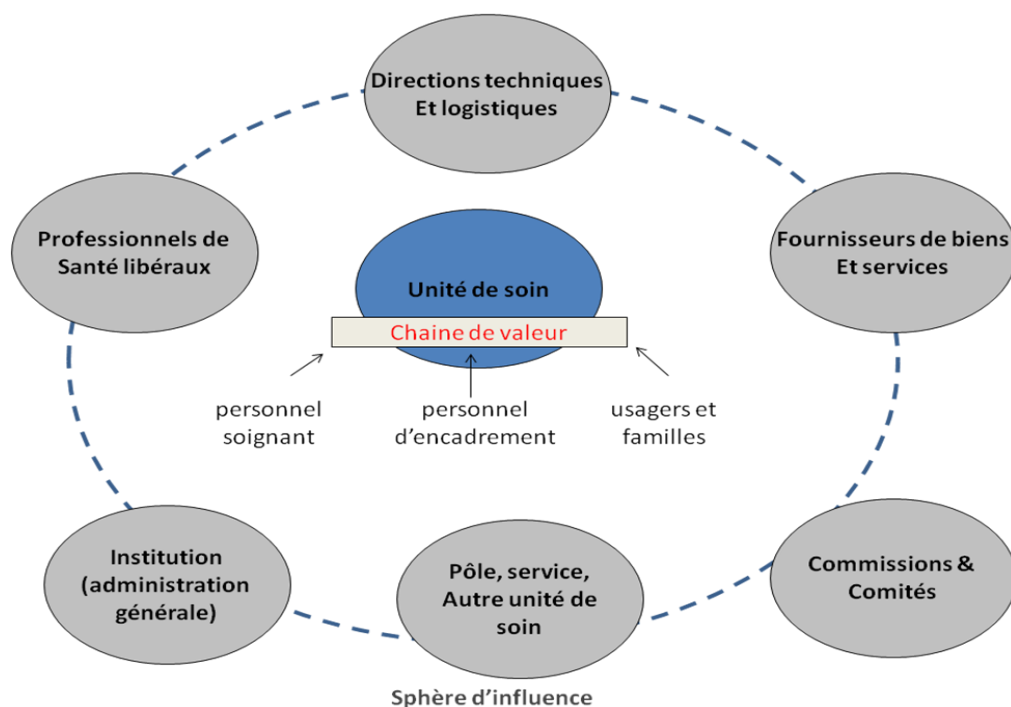


Figure 8 : Modélisation des interactions de l'organisation (unité de soin) avec ses parties prenantes dans sa sphère d'influence

L'importance de tenir compte des parties prenantes a déjà été évoquée. Ceci est d'autant plus vrai pour ce qui concerne les actions qui seront menées par les futurs ambassadeurs du CHU. Des passerelles devront être établies, notamment avec les commissions de l'établissement afin d'assurer la transversalité de certaines démarches sur le terrain.

2.3 Etat des lieux des actions DD de l'établissement

Le baromètre du développement durable en établissement de santé fixe un certain nombre de domaines sur lesquels, les établissements de santé sont invités à faire preuve d'exemplarité. Des prix honorifiques sont attribués aux hôpitaux les plus vertueux. Les domaines évalués sont :

- Le management
- La communication et les ressources humaines
- Politiques d'achats
- Construction et rénovation de bâtiments
- La gestion de l'eau et de l'énergie
- Les déchets
- Les transports

Les hôpitaux en particuliers, détiennent une responsabilité importante sur le coût et les impacts de leurs activités et exercent une pression considérable sur certains critères environnementaux à l’instar de la gestion des ressources et des déchets. Ces derniers constituent un poste de dépense particulièrement couteux pour la société au regard des précautions à prendre du point de vue de la santé publique sur les procédures d’élimination. Un rapport rédigé par l’ADEME fait état d’une quantité totale de 166 000 tonnes de déchets traités pour l’année 2011, pour les seules DASRI et ce, pour la France entière et les DOM-TOMs. Le traitement des DASRI est trois fois plus onéreux que le traitement des DAOM. Le coût à la tonne est de l’ordre de 1800€ (17).

Par manque de temps, le CHU de Rennes n’a pas réalisé son baromètre DD 2013. Il a néanmoins effectué en 2011, une enquête IDDE pour déterminer les points critiques sur lesquels agir. L’IDDE est une méthodologie basée sur des indicateurs de mesure du développement durable en santé proposée par le réseau Aquares 49. L’IDDE propose une liste d’une centaine de critères d’évaluation tirée des critères définis dans le manuel de certification de l’HAS. Chacun de ces critères se voit affecter d’un score compris entre 0 et 5. La pondération s’établit en fonction de l’importance de l’impact du critère sur le développement durable. Un score final sur 100 comptabilise l’ensemble des points alloués pour tous les critères. L’outil se présente sous forme d’une feuille de calcul excel intégrant les macros nécessaires pour le remplissage par l’établissement. Les résultats finaux sont modélisés sous forme d’un « radar », pour visualiser plus aisément les axes de travaux prioritaires. L’enquête IDDE du CHU figure en annexe 9. Par ailleurs, ce paragraphe se propose d’établir un état des lieux sur les différents aspects du développement durable abordés par le baromètre.

| | | | |
|--|-------|------|--------|
| Transport | 2,95 | 5,6 | 52,68% |
| Gestion des déchets | 13,2 | 16,3 | 80,98% |
| Social sociétal | 4,1 | 6,5 | 63,08% |
| Santé sécurité au travail | 3,18 | 4,2 | 75,71% |
| Qualité de vie au travail | 4,5 | 8,2 | 54,88% |
| Développement Durable dans la prise en charge des patients | 2,19 | 2,5 | 87,60% |
| Résultat | 64,74 | 100 | 64,74% |

Classement de l'établissement **B**

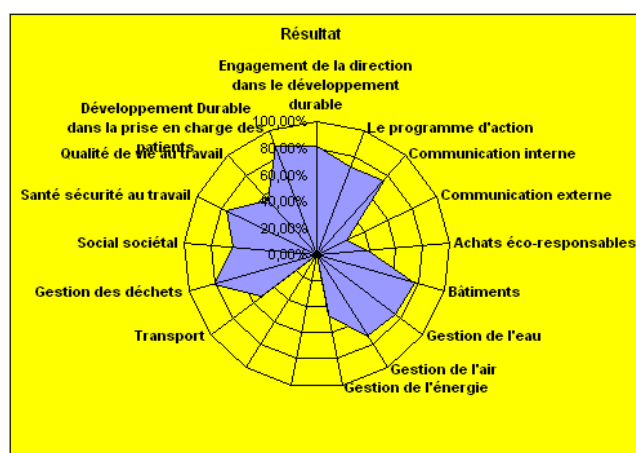


Figure 9 : Résultat de l’enquête IDDE du CHU de Rennes

2.3.1 Management, communication et ressources humaines

Le dernier rapport d'activité de l'établissement date de 2011, il fait état d'un « contexte difficile ». Comme l'illustre ce rapport, le budget de l'hôpital est déficitaire (avec une perte de près de 500 000€ entre les recettes et les dépenses enregistrées lors de l'exercice 2011) ce qui se traduit par une gestion parfois délicate du personnel de l'établissement. Les plans de retour à l'équilibre ont contribué à fragiliser le climat social et émoussé parfois, la motivation de la communauté médicale (28). En 2011, avec le concours de la direction de la communication et des ressources humaines, un projet intitulé « démarche soignante pluri-professionnelle » a été mis sur pied afin de permettre au personnel soignant, d'émettre des propositions visant à améliorer le fonctionnement de leur environnement de travail : depuis la prise en charge du patient jusqu'aux moyens de transmission des informations entre les membres d'une équipe de soin. Un recueil intitulé « 30 bonnes idées à partager » est le fruit du recueil de ces propositions.

2.3.2 Politique d'achats

L'heure est à la dématérialisation, accentuée notamment avec le projet PACS (Picture Archiving and Communication System) en cours de déploiement et qui vise à créer une plate-forme de partage sécurisée pour le stockage et la transmission d'images médicales. Dans la politique d'achats qui est menée, l'établissement tend à l'efficacité en réduisant autant que faire se peut, les dépenses en fournitures non indispensables. Un des responsables des infrastructures informatiques souhaite mutualiser les achats d'équipements de secrétariat à l'instar d'appareils multifonctions (imprimante, photocopieur et fax intégrés).

En ce qui concerne les achats responsables, le nouveau directeur de la DPAL étudie de près les potentialités offertes par le réseau Grand Ouest, investi dans une mission de commande publique alliant le développement durable et qui fédère des acteurs aussi bien publics (collectivités, EPCI) que privés (entreprises). Ce réseau met à disposition sur son site internet un référentiel d'achats responsables.

2.3.3 Construction et rénovation des bâtiments

Le site de Pontchaillou a fait l'objet de 2 gros chantiers avec le CUR et l'aménagement de la nouvelle aile d'orthopédie au niveau du bloc hôpital. Le CUR est le bâtiment le plus

récent du site, il est fonctionnel depuis novembre 2012. Il compte 6 étages pour une surface approximative de 20 000m². Conçu avant tout pour répondre aux afflux de patients hospitalisés en urgence, ce centre est désormais capable d'accueillir 70 000 passages par an (contre 20 000 pour l'ancien devenu obsolète, en partie pour son incapacité à faire face à la demande). Les travaux de réaménagement du service d'orthopédie-traumatologie ont commencé en octobre 2011 et consistent en la restructuration du 4^{ème} et 5^{ème} étage du bâtiment. Il intègre la réalisation d'une colonne de deux monte-malades ainsi qu'un ascenseur desservant les blocs opératoires et la galerie médicale.



Figure 10 : information destinée aux usagers de l'établissement concernant les travaux du bloc hôpital (source : intranet du CHU de Rennes)

2.3.4 Gestion des ressources (eau et énergie)

La maîtrise de la consommation énergétique est un véritable enjeu poursuivi par l'établissement au regard des dépenses générées par le seul bâtiment du CUR. Celui-ci concentre 22.5% de la consommation d'électricité du site de Pontchaillou. L'aspect énergivore mis en cause résulte d'une mauvaise gestion de la distribution de l'air climatisé dans le bâtiment. Ce dernier est équipé de plusieurs centrales de traitement d'air (39 au total) permettant de pulser de l'air répondant aux exigences des classes ISO des salles correspondantes (chaque classe définit la concentration maximale admissibles de particules par m³ d'air en fonction de la taille de celles-ci). L'ingénieur en charge de la gestion des dispositifs électriques réfléchit à des solutions pour contourner le problème, incluant des détecteurs de présence pour obtenir des informations sur les paramètres d'occupation des locaux afin d'optimiser la distribution de l'air. Paradoxalement, le CUR intègre dans sa conception les dernières technologies en matière de régulation et d'équipement et malgré cela, les attentes énergétiques ne sont pas au rendez vous.

Comme dans bon nombre d'hôpitaux, l'eau est un point critique de consommation. Pour l'année 2011, la facture s'élevait à plus de 560 000€ (dont plus de 400 000€ pour Pontchaillou). Les services de soins en particulier en font un usage important.

- Pour le lavage chirurgical des mains

- Pour le rinçage des sondes employées dans les examens exploratoires (coloscopie, gastroscopie)
- Pour une utilisation circonscrite à des unités sensibles telles que les unités de grands brûlés et de greffe (utilisation d'eau dite « ultrapropre »)
- Pour la stérilisation d'instruments et de dispositifs médicaux (par exemple, l'utilisation d'eau stérile pour le rinçage des ceolioscopes et pour les humidificateurs d'oxygène)

La gestion de l'eau illustre aussi une dualité : entre l'importance de réaliser des économies d'usage et la nécessité de maintenir un niveau de protection adéquat contre les IAS (7).

2.3.5 Gestion des déchets

Les hôpitaux sont notoirement connus pour être d'importants pourvoyeurs de déchets. En 2011, l'ensemble des déchets traités représentait 1903 tonnes dont 76 tonnes de DASRI (Annexe 6). La direction de la logistique a mis en œuvre de nombreux protocoles pour assurer un recyclage et/ou une valorisation optimale des déchets du CHU. Il existe à ce jour, plus d'une trentaine de filières de récupération. L'hôpital de Ponchaillou bénéficie de la présence de la déchetterie de Villejean qui jouxte son site. Une partie de l'énergie thermique générée par la combustion des déchets de la ville est ainsi réinjectée dans les circuits de chauffage des bâtiments. D'importants efforts ont aussi été consentis dans certains services de soin qui font preuve d'inventivité pour un usage raisonné des consommables et notamment du papier. Ainsi, plusieurs services localisés au CCP utilisent le verso des documents pour une diffusion en interne et collectent le papier comme brouillon. Le service d'imagerie thoracique en particulier, redouble d'efforts pour limiter la consommation du papier.

2.3.6 Politique de transports

Il s'agit du domaine où l'établissement est probablement le plus avancé. Ce dernier a mis en place plusieurs actions visant à limiter l'émission de gaz à effet de serre. La démarche la plus emblématique concerne la mise en place de *Navette plus*, un service de transport gratuit pour les usagers, permettant de les acheminer depuis leur lieu d'arrivée (station de métro ou parking) jusqu'à leur lieu de rendez vous sur le site de Pontchaillou. Il leur suffit pour cela de manifester leur présence via une des bornes disséminées près des

points d'entrée. Les véhicules mis à disposition sont totalement électriques. Il s'agit d'une opération qui permet de répondre à plusieurs attentes associées à des domaines d'action tels que « la prévention de la pollution » et « l'accès aux services essentiels ».



Figure 11 : Support de communication sur l'usage de la Navette plus (source : http://www.chu-rennes.fr/sections/actualites/la_navette_plus_serv/view)

L'institution tente aussi de maîtriser les impacts des déplacements des salariés du CHU en communiquant sur les alternatives qui s'offrent à eux pour se rendre sur leur lieu de travail (plate-forme de co-voiturage, prise en charge partielle du forfait de transport en commun...). Un Plan de Déplacement Entreprise a ainsi été diffusé avec les bulletins de salaires du personnel.

A défaut de l'avoir réalisé pour ses bâtiments, le CHU a néanmoins effectué le bilan carbone de sa flotte de véhicules. Les résultats de celles-ci figurent en annexe 8.

3 La démarche mise en œuvre dans les unités de soins

3.1 Rappel de la commande du CHU et évolution du projet

La commande initiale émanant de la commission portait sur l'élaboration d'un référentiel de développement durable applicable dans les unités de soin en développant des outils méthodologiques dédiés avec un focus particulier sur le pôle d'imagerie et d'exploration fonctionnelle. Cette demande correspondait aux attentes de l'établissement vis-à-vis des objectifs définis dans le projet médical d'établissement et les contrats des pôles. La participation à deux conférences à l'occasion du Salon Santé&Autonomie à la fin du mois de mai 2013 a sensiblement modifié l'approche de départ du projet. Ces conférences s'intitulaient :

- La gouvernance du développement durable dans un service de soins : la prise en compte dans les pratiques médicales et soignantes.
- De l'ambition à l'action. Comment faire vivre et mettre en place une politique de DD dans un établissement de santé.

Au cours de ces 2 interventions, des responsables en charge de la politique du développement durable dans leur établissement (CH de Valenciennes et CHU de Bordeaux) ont présenté leur démarche qui s'articule autour d'un réseau de référents techniques, délégués au développement durable pour Valenciennes, d'ambassadeurs recrutés essentiellement parmi le personnel soignant et chargés du partage de bonnes pratiques DD pour Bordeaux. La véritable réussite de ces expériences s'explique par l'implication de tous les professionnels autour d'actions communes, relativement peu complexes dans leur exécution mais susceptibles d'avoir des conséquences non négligeables sur un ou plusieurs piliers du développement durable. Outre le fait de fédérer les individus sur des problématiques en lien direct avec leur environnement de travail, ce rôle permet de valoriser des travailleurs à travers leur engagement.

L'autre élément clef qui a contribué à des modifications beaucoup plus ambitieuses de la mission, est la réalisation de l'exercice de mise en relation des 7 questions de la norme avec des problématiques rencontrées par les hôpitaux, exercice présenté dans le dernier paragraphe du 1^{er} chapitre. Cet atelier de travail fut l'occasion de se familiariser avec la notion de responsabilité sociétale et la norme ISO 26000 qui en découle.

Combinés ensemble, ces deux événements ont amené le comité de pilotage de la commission développement durable à s'interroger sur les possibilités offertes par le champ de la responsabilité sociétale et comment la norme pouvait constituer un fil

conducteur. Par ailleurs, plutôt que de se contenter d'actions circonscrites à quelques unités de soin, la commission a voulu s'inspirer du formidable élan généré par l'expérience de Bordeaux et Valenciennes et se doter d'une structure analogue.

3.2 Le réseau d'ambassadeurs

3.2.1 Présentation

Destiné à devenir une véritable « courroie de transmission » de la commission développement durable, ce réseau est, au moment de la rédaction de ce rapport, en cours de structuration. Tout l'enjeu de cette mission repose sur les moyens mis en œuvre pour parvenir à sa création. L'initiative de la création d'un tel réseau revient à la direction du Développement Durable du CHU de Bordeaux, qui, pour créer une dynamique inter et intra pôle conforme aux orientations de l'agenda 21, s'est orientée sur ce type d'organisation. Toutefois, des différences existent entre la méthodologie adoptée par Bordeaux et celle retenue par la commission. Celles-ci s'expliquent notamment par les moyens dont disposent les 2 CHU. Bordeaux possède une direction entièrement dédiée au développement durable avec un ingénieur chargé à temps plein du pilotage des projets de la direction. Ce qui n'est pas le cas pour Rennes, qui par ailleurs, ne dispose pas d'un budget conséquent à allouer à la réalisation d'actions d'envergure.

Le terme ambassadeur n'a pas été choisi au hasard. Au sein de l'établissement, il existe un certain nombre d'individus qui exercent un rôle de référent sur des thématiques de travail bien précises : hygiène, pharmacie... Ces référents constituent souvent des correspondants chargés d'aiguiller les autres professionnels sur des problèmes en lien avec leur domaine de compétence ou de signaler des dysfonctionnements dans les pratiques. D'où la nécessité d'employer une dénomination bien particulière pour distinguer les futurs ambassadeurs de ces autres référents.

Un projet similaire, destiné aux soignants, a déjà fait l'objet d'une réflexion particulière : il s'agit de la démarche pluri-professionnelle, évoquée plus haut. Celle-ci a suscité un engouement très fort auprès de la communauté médicale, aboutissant à de multiples propositions d'idées, très proches certaines du développement durable. Pour autant, cette démarche n'avait pas bénéficié d'un suivi approfondi, ce qui n'a pas entraîné de changements majeurs dans le quotidien des soignants. En quelque sorte, la création du

réseau d'ambassadeurs doit intégrer cette expérience afin de ne pas reproduire ces erreurs de pilotage.

3.2.2 Rôle et fonctions

Les ambassadeurs sont la clef de voûte du projet, outre leur participation à l'élaboration d'actions de développement durable dans le champ du soin, ils ont pour rôle principal d'assurer la liaison entre l'institution et le terrain en termes de remontée d'informations et de partage de bonnes pratiques. Sur ce dernier point, ils pourront compter sur la refonte de l'espace intranet dédié au développement durable. La construction de ce dernier a été envisagée comme un véritable outil au service de la commission développement durable pour valoriser le travail des ambassadeurs avec les équipes de soin. Ces derniers ont aussi une fonction de facilitateurs et auront à charge de guider les soignants dans leur unité, dans l'élaboration des actions choisies et d'assurer l'interface avec la hiérarchie (cadre de santé, chef de service...) et/ou les services techniques et logistiques si nécessaire pour la bonne marche du processus.

La sélection des futurs ambassadeurs ne s'est pas faite sur la base du volontariat mais par cooptation. Il en a été décidé ainsi, lors de la réunion de la commission DD à la fin du mois de juin 2013. Le CHU de Bordeaux, lors de la création de son propre réseau, avait opté pour la désignation d'un ambassadeur pour chacun de ses pôles. La solution retenue par la commission est sensiblement différente. Le processus de cooptation s'est effectué via les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé, qui, en fonction de l'appétence pressentie chez un ou plusieurs de leurs collaborateurs, leur proposent d'endosser la fonction d'ambassadeur. Afin de guider leur choix, une note précisant les critères importants à retenir dans le processus de sélection leur a été adressée. Une des tâches de la mission professionnelle consistait entre autre, à épauler les cadres dans leur demande d'informations sur la méthodologie de recrutement.

Dans un premier temps, la décision fut prise par la commission de proposer le poste d'ambassadeur uniquement à la communauté médicale. Bien que les autres services aient leur rôle à jouer dans le bon déroulement des actions de développement durable, ces derniers n'ont pas été inclus pour le moment afin de rester cohérent avec les objectifs définis dans le projet médical d'établissement et les contrats des pôles, à savoir l'intégration du développement durable dans les pratiques soignantes. Ce qui vise directement au préalable, tout le personnel de soin.

3.2.3 La norme, socle de construction

Comme mentionné précédemment, l'idée de l'intégration de la notion de responsabilité sociale a émergé parallèlement à celle de la structuration d'un réseau d'ambassadeurs. La commission DD s'est très vite rendue compte des potentialités que pouvait offrir un tel concept. Donner du sens et offrir un cadre, un périmètre bien défini pour l'accomplissement d'actions clairement identifiées et répondant à une logique de développement durable. La norme ISO 26000 apparaissait dès lors comme un outil idéal de facilitation et de compréhension des attentes de l'institution. En tant que telle, la norme est difficilement exploitable et nécessite un travail d'adaptation pour une appropriation adéquate auprès de la communauté médicale. Ceci a aussi fait l'objet d'un travail de réflexion au cours de cette mission professionnelle.

Par ailleurs, tous les domaines d'action de la norme ne se répondent pas forcément aux priorités établies par l'établissement. Celle-ci reflète néanmoins la conduite à tenir, l'approche à observer dans les actes et les décisions prises par le CHU. En cela, certains principes font particulièrement échos dans les modalités de fonctionnement de l'hôpital, à l'instar de la redevabilité, de la transparence et du comportement éthique. Pour illustrer l'importance que revêtent ces notions, une des 1ères actions qui sera dévolue aux ambassadeurs, sera la promotion de la responsabilité sociétale dans les unités de soin.

Lors de réunions en présence de cadres de l'imagerie, un exercice similaire à celui réalisé lors du salon Santé&Autonomie a été proposé sur la base de l'intégration des questions centrales dans le pilotage de certaines actions à partir d'exemples élaborés notamment lors d'une réunion du comité hygiène sur le bon usage du gant. L'objectif ici est double : démontrer par un exemple concret et en lien direct avec des questions auxquelles les soignants sont confrontés quotidiennement que la norme peut constituer un outil puissant dans la phase de réflexion ; s'interroger sur les impacts à différents niveaux que peuvent entraîner certains actes médicaux sous le prisme de différentes questions centrales.

Le bon gant au bon moment...

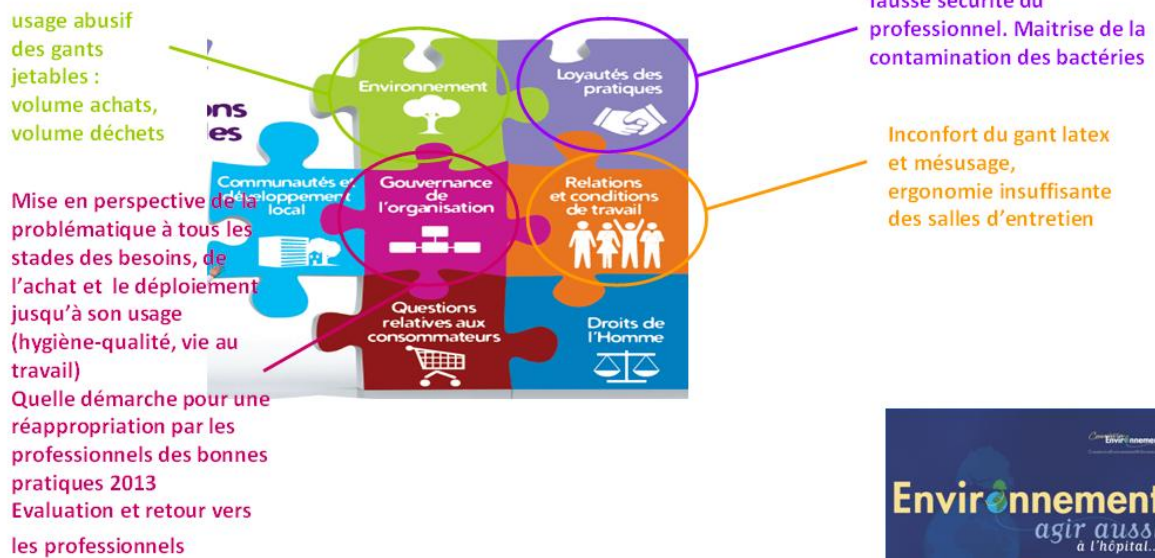


Figure 12 : Illustration des impacts du mésusage des gants (source : diaporama de présentation destiné à la réunion des cadres du pôle imagerie et explorations fonctionnelles)

Les radios pré-opératoires...

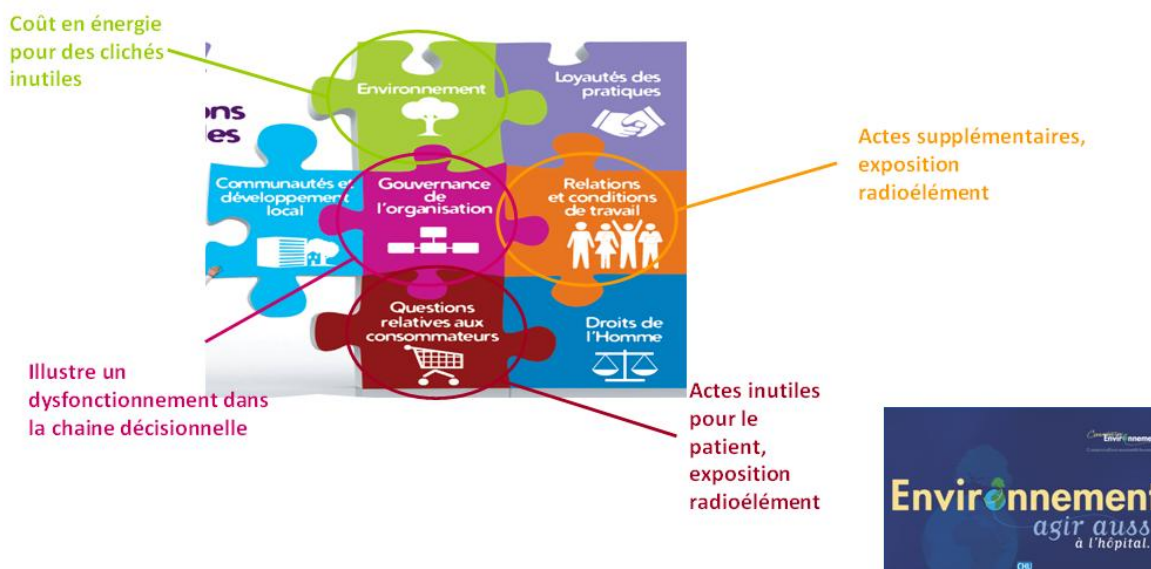


Figure 13 : Illustration des impacts du mésusage des radios-pré-opératoires (source : diaporama de présentation destiné à la réunion des cadres du pôle imagerie et explorations fonctionnelles)

3.3 Les outils de communications

3.3.1 Les réunions d'information et de préparation

L'importance de l'intégration des parties prenantes a été mainte fois évoquée. Ce principe a aussi guidé la démarche adoptée lors de cette mission. Ainsi, en partant du postulat que la commission de développement durable elle-même constitue une organisation à part entière, il convient dès lors de se soucier de ses interactions avec les autres entités de l'établissement : pôles, services, direction. C'est ce qui a été observé dans le processus d'information des projets de la commission, tout au long de la mission. De nombreuses réunions ont ainsi été planifiées afin que les instances stratégiques de l'établissement mais aussi des pôles et des services de soin ayant un poids prépondérant dans les actions de développement durable, soient informés de la démarche et puissent exprimer leur opinion sur celles-ci, soulever des attentes et ainsi contribuer à son amélioration. C'est le principe de co-construction qui ressort systématiquement des approches réalisées lors de ces réunions.

Près d'une trentaine de réunions se sont échelonnées durant les 5 mois de la mission. La moitié de celles-ci concernait les pôles de soin (imagerie, anesthésie-réanimation, neurologie, thorax-vasculaire –métabolisme) et visait essentiellement à présenter le projet et recueillir les impressions des cadres. Plus du tiers des réunions ont impliqué la commission développement durable. En séance plénière pour définir les grands axes de la stratégie et communiquer des retours sur les autres entrevues avec la communauté médicale. En présence du comité de pilotage, sous forme de séquences de travail pour les préparatifs de la journée de sensibilisation du 15 novembre.

Des rencontres ont aussi été organisées avec les directions techniques (ingénierie, achat et logistique, systèmes informatiques) ainsi que celles de l'administration générale (qualité et communication) afin d'intégrer leurs remarques, tenir compte des structures et procédures déjà existantes à éventuellement solliciter. Les responsables des instituts de formation (Institut de Formation des Soins Infirmiers, Institut de Formation des Aide-Soignants, Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale, Institut de Formation des Cadres de Santé) ont aussi été rencontrés afin d'évaluer les possibilités de contribution au projet ainsi que les modalités d'intervention pour sensibiliser les élèves au développement durable et la responsabilité sociale lors de leur cursus de formation.

3.3.2 Le support intranet

Une part non négligeable de la mission a été dévolue à la refonte de l'espace intranet réservé au développement durable afin de refléter la vision de la commission et de rendre cet espace plus attractif et surtout fonctionnel. L'architecture du nouvel espace a été conçue pour donner le plus d'amplitude possible à ses futurs utilisateurs. Une section personnalisée a été allouée à chaque pôle. L'intranet constitue un vecteur d'informations relativement puissant, pour peu qu'il soit ergonomique et que son contenu corresponde aux attentes du personnel.

L'espace consacré au développement durable et à la responsabilité sociétale comprend 4 sections principales : organisation, thématiques, réussites et bibliothèque.

- La partie « organisation » renseigne sur les structures en charge du développement durable au sein de l'établissement, à savoir la CoDDRESS et le réseau d'ambassadeurs. Des sous-rubriques permettent de spécifier leur rôle et fonctionnement et contiennent les comptes rendus des réunions de la commission.
- La partie « thématique » mentionne tous les grands axes de travail sur lesquels l'établissement doit œuvrer avec le concours des ambassadeurs
- La partie « réussites » est découpée en plusieurs sous sections afin de distinguer les actions menées avec succès par les pôles, les directions, les commissions et l'institution. Une dernière sous section comprend les indicateurs employés pour mesurer le degré de succès des différentes actions.
- La partie « bibliothèque » qui contient toute documentation jugée utile selon les thématique abordées (par exemple, la thématique « émission de gaz à effet de serre héberge la méthodologie du bilan carbone).

La partie « réussite » est probablement la plus importante de l'espace car c'est elle qui assure la promotion des actions menées au sein des différents pôles. Cette section permettra en outre, de recenser toutes les actions déjà réalisées par le passé mais qui n'ont jamais été valorisées de façon officielle. Le choix d'attribuer une rubrique pour chaque pôle ainsi que les autres structures de l'établissement correspond à la volonté de la commission de laisser un large degré de liberté aux entités qui acceptent ce travail collaboratif et ainsi de les laisser décider de l'agencement des actions qu'elles souhaitent avant tout mettre en avant

CHU rennes CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES + Mathieu KERQUELEN

Retour accueil | Annuaire | Recherche

Pôles hospitalo-universitaires | Directions/Pôles | Activités transversales | Ressources humaines

Accueil du site service

Informations

- > Toutes les actualités

Organisation

- > CoDDRESS
- > Ambassadeurs
- > Réseaux

Thématiques

- > Emission de gaz à effet de serre
- > Achats éco-responsables
- > Soins
- > Restauration
- > Linges
- > Déchets : gestion responsable
- Suite...

Réussites

- > Des pôles
- > Des commissions
- > Des directions
- > De l'établissement
- Suite...

Bibliothèque

- > RSO: ISO 26000
- > Certifications HAS
- > Thématiques

Espace de travail

- > Espace de travail du site

Sites Services > Activités transversales > Développement durable et responsabilité sociale > Thématiques

Thématiques

- > Emission de gaz à effet de serre PDE, véhicules du CHU, éco conduite, bilan C, téléformation
- > Achats éco-responsables Formation des acheteurs, mutualisation des achats
- > Soins
- > Restauration
- > Linges
- > Déchets : gestion responsable Pratiques vertueuses, valorisation, recyclage
- > Bâtiments et travaux Energie, eau, qualité de l'air, espaces verts
- > Projets de recherche

Mes actions

- > Envoyer une alerte e-mail
- > Voir
- > Nouveau
- > Gérer le contenu
- > Modifier
- > Méta-données
- > Gérer les rôles locaux
- > Gérer les boîtes
- > Imprimer
- > Gérer les abonnements

Mes sites service

- > Développement durable et responsabilité sociale

Mes projets

- > kerguelen
- > SYNAPSE - Espace de travail
- > PACS

Mes favoris

- > Ajouter un lien externe
- > Ajouter un lien interne

Copyright CHU 2005

CHU rennes CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES + Mathieu KERQUELEN

Retour accueil | Annuaire | Recherche

Pôles hospitalo-universitaires | Directions/Pôles | Activités transversales | Ressources humaines

Accueil du site service

Informations

- > Toutes les actualités

Organisation

- > CoDDRESS
- > Ambassadeurs
- > Réseaux

Thématiques

- > Déchets : gestion responsable
- > Achats éco-responsables
- > Emission de gaz à effet de serre
- > Bâtiments et travaux
- > Soins
- > Projets de recherche

Réussites

- > Des pôles
- > Des commissions
- > Des directions
- > De l'établissement
- Suite...

Bibliothèque

- > Séminaire CHU du 15 novembre 2013
- > RSO: ISO 26000
- > Certifications HAS

Espace de travail

- > Espace de travail du site

Sites Services > Activités transversales > Développement durable et responsabilité sociale > Bibliothèque > RSO: ISO 26000

RSO: ISO 26000

La Responsabilité sociale, plus communément rencontrée sous l'acronyme RSE ou RSO, est la contribution des Entreprises et/ou des Organisations au développement durable. Elle se traduit par la volonté d'assumer la responsabilité de ses décisions et activités sur la société et l'environnement et d'en rendre compte.

La norme ISO 26000

D.Gauthier, président de la commission responsabilité sociale à l'AFNOR définit la norme comme "un outil de progrès dans une logique de responsabilité sociale et de progrès permanent et participatif, respectueux de l'environnement, respectueux des agents, et des hommes et des femmes à l'extérieur, tout en assurant la pérennité économique. Nous sommes dans une logique d'ouverture et d'évolution de culture."

L'ISO 26000 est une norme basée sur le volontariat, qui n'est pas certifiable et évolutive dans les pratiques des organisations. Elle fournit un cadre, un périmètre d'actions en faveur du développement durable et sous le prisme de la responsabilité sociale.

Ce périmètre se concentre autour de 7 questions centrales, avec une interaction constante des parties prenantes (individu ou groupe ayant un intérêt dans les décisions ou activités de l'organisation).

Pour en savoir plus...

[discovering_iso_26000.pdf](#) - 505 K
 > <http://www.afnor.org/profils/centre-d-interet/rse-iso-26000/la-norme-iso-26000-en-quelques-mots>

Mes actions

- > Envoyer une alerte e-mail
- > Voir
- > Modifier
- > Méta-données
- > Autoriser les commentaires
- > Historique
- > Imprimer

Mes sites service

- > Développement durable et responsabilité sociale

Mes projets

- > kerguelen
- > SYNAPSE - Espace de travail
- > PACS

Mes favoris

- > Ajouter un lien externe
- > Ajouter un lien interne

Copyright CHU 2005

Figure 14 et 15 : Captures d'écran de l'espace Développement durable et responsabilité de l'intranet du CHU de Rennes

3.3.3 La journée de sensibilisation

La construction de la journée de sensibilisation qui se déroulera le 15 novembre 2013 est l'autre gros chantier de cette mission. La finalité de cet évènement est triple :

- informer le personnel de l'établissement de la nouvelle politique de développement durable mise en œuvre et introduire la notion de responsabilité sociale
- assurer le portage institutionnel de cette politique par l'entremise du directeur général, du directeur général adjoint et du président de la CME.
- sensibiliser les futurs ambassadeurs à leurs nouveaux rôles en leur consacrant une demi-journée de formation

Cette journée se déroulera en 2 temps : une matinée accessible à tous avec une présentation de 2h et un après-midi spécifiquement réservé aux personnes cooptées se destinant au rôle d'ambassadeur.

La matinée sous forme de conférence plénière se déroulera dans un amphithéâtre du bâtiment des instituts de formation à Pontchaillou. La conférence abordera le développement durable et plus particulièrement la responsabilité sociale de l'établissement avec un focus particulier sur les activités de soins et l'intégration des problématiques du développement durable dans le quotidien des soignants. Un public large et varié est attendu pour cette matinée (médecins, directeurs, infirmières, ingénieurs, techniciens, cadres...). Un médecin spécialisé en néonatalogie présentera son expérience en matière de prise en charge NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) chez le prématuré afin d'illustrer un exemple de pratique soignante résolument tourné vers le développement durable. La méthode NIDCAP est un protocole médical qui englobe des stratégies environnementales et comportementales visant à assurer un développement harmonieux pour les nouveaux nés arrivés à terme ou prématurés. Le directeur général et le président de la CME se chargeront quant à eux du discours d'ouverture.

Le choix de l'orateur en charge de la présentation du développement durable et de la responsabilité sociale a fait l'objet de plusieurs réunions avec le comité de pilotage afin de retenir la personne la plus qualifiée pour ce rôle. Le CHU de Bordeaux, qui par le passé, avait mené avec succès une opération similaire a été sollicité pour obtenir des noms d'intervenants susceptibles de correspondre aux attentes de la commission. Une lettre de consultation a par la suite été adressée à plusieurs contacts dont l'expérience et les compétences répondaient à celles recherchées. Le choix final s'est porté sur monsieur

Michel Capron, professeur en sciences de gestion à l'université Paris 8, expert de renommée mondiale sur la RSE/RSO et président du Réseau Internationale de recherche des Organisations en Développement Durable. Le rôle confié à monsieur Capron est celui d'un « grand témoin » pour son intervention. Celle-ci doit être en mesure de susciter un temps d'échange avec l'auditoire.



Figure 16 : Format d'annonce de la journée de sensibilisation sur intranet

L'après midi est consacré à la formation des futurs ambassadeurs et prendra la forme d'ateliers de travail. La commission a une nouvelle fois fait appel à des intervenants extérieurs afin de l'épauler dans cette tâche. 2 consultantes spécialisées en intelligence collective ont ainsi été missionnées pour animer les ateliers de l'après-midi. La construction de ces derniers a aussi fait l'objet de plusieurs réunions de pilotage. Les livrables exigés de la part des prestataires et a fortiori des participants incluent en priorité l'élaboration d'actions ciblées sous le prisme de domaines d'action de la norme ainsi que la rédaction d'une fiche de mission.

Des réunions avec les consultantes ont été nécessaires afin de définir précisément le contenu des ateliers. Plutôt que de faire réfléchir les séminaristes sur des questions centrales, il a été décidé de prédéfinir un choix restreint de domaines d'action à soumettre aux consultantes pour la préparation des ateliers. Cette décision suit la stratégie établie de réaliser en premier lieu des actions peu complexes avec un retour sur investissement certain.

La venue d'une trentaine de personnes est attendue pour le séminaire de l'après midi. Sous forme de café collaboratif, un temps d'échange sera proposé pour de rapides

présentations des participants puis réaliser un récapitulatif sur la norme et les éléments présentés lors de la matinée. Ceux-ci seront ensuite regroupés par petits groupes pour constituer des tables rondes et travailler ensemble sur des propositions d'actions sous le prisme d'un domaine d'action unique qui leur aura été communiqué. Chaque table disposera d'une trentaine de minutes pour échanger sur la construction des actions. Un rapporteur sera assigné à chaque groupe. Un roulement interviendra une fois le temps imparti écoulé, si bien que chaque séminariste aura participé à au moins 2 tables rondes pour le temps total accordé à cet exercice pour cette session de travail. La fiche de mission n'a pas fait l'objet d'une écriture au préalable par la commission. Cet exercice sera proposé aux participants au cours de la 2^{ème} partie. Dans l'esprit du management participatif établi en amont par la commission pour le pilotage du réseau des ambassadeurs, il est important de laisser le soin aux protagonistes, de définir eux-mêmes ce dont ils jugent nécessaire pour mener à bien leur futur rôle et donc de construire leur propre feuille de route.

3.4 Les outils méthodologiques

En marge des dispositifs mis en place pour assurer le bon déploiement de la stratégie mise en place par la commission, un certain nombre d'outils de reporting d'actions ont été conçu, afin de guider les ambassadeurs dans leur future mission. L'objectif ici n'est pas d'imposer un format contraignant mais de proposer des documents support, aisément appropriables et permettant une lecture uniformisée. Certains de ces documents serviront par la suite comme élément de transmission pour relayer les informations émanant du terrain par les ambassadeurs aux membres de la commission développement durable. Ils seront hébergés ultérieurement sur l'espace intranet réservé au développement durable et à la responsabilité sociale. Par la suite, la commission veillera à faciliter la tâche des ambassadeurs en leur proposant des outils adaptés à leurs besoins.

Les outils élaborés durant la mission concernent pour la plupart des modèles vierges de fiches d'action, de partage d'expérience et des plans d'action. 2 types de fiches d'action sont proposés, selon que l'action soit en cours d'élaboration ou déjà réalisée (Annexe 3).

- La fiche « action en cours » sert en quelque sorte de feuille de route ; après un bref descriptif de l'action, elle précise la méthode mise en œuvre, les résultats escomptés, les difficultés éventuellement rencontrées dans son exécution ainsi que le niveau de progression avec les indicateurs choisis.

- La fiche « action réalisée » ou de partage d'expérience reprend à peu de choses près, l'architecture de la fiche « action en cours ». Elle met davantage l'accent sur le ratio « bénéfices observés » versus « bénéfices attendus » avec les points d'amélioration et les suggestions pour un meilleur partage d'expérience. Cette fiche est potentiellement un outil puissant car conçue pour être valorisée dans la section « réussite » de l'espace intranet et peut éventuellement faire l'objet par la suite d'une procédure diffusée en interne dans un ou plusieurs services selon la transversalité de l'action.

Le plan d'action s'utilise conjointement avec la fiche « action en cours », il permet d'apprécier le degré de pertinence de l'action choisie en amenant le ou les maitres d'œuvre à s'interroger sur sa faisabilité, son importance, sur les ressources à solliciter (humains, financiers, matériels) et à évaluer ses impacts sur le développement durable. Le plan d'action intègre plusieurs éléments retrouvés fréquemment dans la gestion de projets à l'instar d'un plan méthodologique, d'un retro-planning et met l'accent sur l'importance de recourir à des indicateurs SMART (Spécifique aux éléments à disposition, Mesurable, Accepté par le maitre d'œuvre, Réalisable, Temporairement défini).

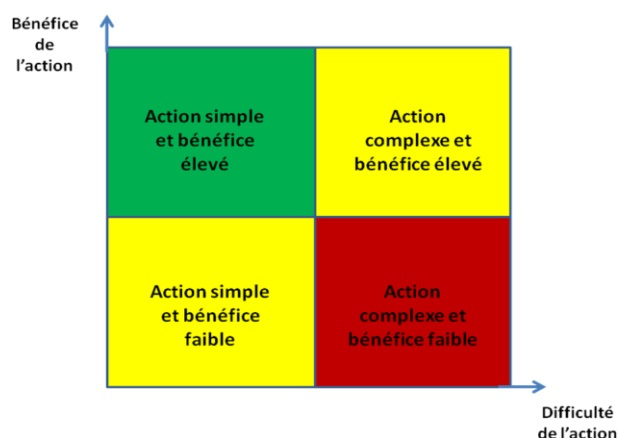


Figure 17 : Matrice d'efficacité dans le choix des actions prioritaires figurant dans le plan d'action destiné aux ambassadeurs

Analyse de la méthode

Au-delà des nombreuses vertus associées à la prise en compte de la responsabilité sociale dans la politique de gestion des soins de l'institution, la norme avec ses questions centrales et ses domaines d'action rappelle à une communauté médicale qui peut parfois faire preuve de défiance pour le développement durable, qu'elle-même, sans s'en rendre compte, œuvre dans ce sens en tentant d'améliorer le fonctionnement de ses pratiques soignantes. Qu'il s'agisse d'améliorer la prise en charge du patient en fluidifiant le parcours des soins, de contribuer à une meilleure connaissance d'une pathologie auprès des patients et leur famille par de l'éducation thérapeutique, de revendre des métaux contenus dans des dispositifs médicaux à usage unique et d'acquérir des fournitures en pédiatrie grâce à l'argent collecté, tout ceci concourt au développement durable. Redonner un second souffle à la motivation du personnel soignant, parfois découragé face à l'inertie de certaines structures en l'incitant à innover et en lui apportant les moyens de le faire, tels sont indirectement les objectifs de cette mission par le biais de la déclinaison de la norme ISO 26000. La constitution du réseau d'ambassadeur est un des moyens permettant la promotion de la responsabilité sociale mais aussi et surtout la valorisation des efforts, des initiatives des pôles, des services et unités de soin et que ceux-ci ne restent pas cantonnés à une structure mais partagés à l'ensemble du CHU.

D'une manière plus globale, l'orientation de la politique de la commission sur le versant de la responsabilité sociale est légitimée par la possibilité d'anticiper sur de futures exigences réglementaires. En effet, la circulaire du 19 juillet 2013 de la DGOS précise les attentes en matière de développement de compétences du personnel des établissements de santé (Annexe 7). L'annexe 2 de cette circulaire comporte un volet intitulé « qualité de vie au travail, responsabilité sociale et management durable ». L'importance de la qualité de vie est considérée comme « une dimension essentielle de la responsabilité sociale des employeurs et des pratiques de managements attractifs permettant une fidélisation du personnel dans la durée ». Le projet de la commission permet ainsi d'agir en amont pour assurer la pérennité des structures sans compromettre leur fonctionnement et laisser l'initiative aux instances de l'établissement d'élaborer leurs propres orientations stratégiques pour se mettre en conformité avec les potentielles futures exigences ministérielles.

Pour autant, de nombreux obstacles ont du être appréhendés durant cette mission :

- la complexité du système de gouvernance de l'établissement qui rend la communication difficile et nécessite de prendre en compte toutes les parties prenantes en interne.
- une inertie parfois rencontrée lors de l'exécution de certaines étapes.
- concilier un projet relativement ambitieux avec un délai de mission court au regard de l'ampleur de certaines tâches.
- devoir faire face à une cible soignante parfois réticente à s'engager activement, souvent par manque de temps et par crainte de contraintes de travail supplémentaire.
- l'absence de structure dédiée à temps plein pour conduire une politique de développement durable.
- l'état des connaissances et les retours d'expériences d'autres établissements de santé ayant conduit avec succès une démarche similaire restent limités.

Les facteurs clefs de succès liés à la conduite de ce projet reprennent plusieurs de 7 principes énoncés par la norme.

Faire preuve de redevabilité implique que l'institution tienne compte de l'impact de ses décisions envers ceux qui sont impliqués et a fortiori de l'intérêt de mener une politique de développement durable auprès de son personnel soignant.

La transparence dans la manière de rendre compte des décisions prises a aussi son importance. Pour obtenir l'adhésion des employés de l'établissement à cette politique, un portage institutionnel conséquent est incontournable. C'est cette raison qui a conduit la commission de développement durable à faire appel au directeur général et au directeur adjoint pour l'ouverture et la clôture de la journée de sensibilisation, afin d'envoyer un signal fort auprès de l'ensemble des collaborateurs du CHU.

La reconnaissance de l'intérêt des parties prenantes a plusieurs fois été évoquée dans ce rapport. Ce qui peut apparaître comme un désavantage, à savoir l'existence de nombreuses directions, commissions, comités aux fonctions bien spécifiques qui alourdissent le déroulement de certaines procédures, peut aussi se révéler être un atout précieux dans l'expertise que peuvent apporter aux ambassadeurs, ces différentes entités. Quoi qu'il en soit, il est primordial d'en tenir compte, ne serait ce que pour la co-construction de certaines actions, pour ne pas récréer de l'existant et ainsi épargner un travail inutile aux ambassadeurs et surtout, risquer de mettre en péril les interactions de la

commission de développement durable avec les autres structures en place, en empiétant sur leurs prérogatives.

Des principes tels qu'adopter un comportement éthique et le respect de la légalité peuvent sembler évidents, qui plus est pour un établissement de santé remplissant un devoir de service publique. Pour autant, la norme peut servir de prétexte pour rappeler à tous leurs obligations envers la société ou remettre à l'ordre du jour certaines valeurs oubliées. Mener des actions ciblées sous l'égide de ces grands principes ou de domaines d'action relatifs à des thématiques comme la lutte contre la corruption ou la prévention de la complicité, en plus d'être difficilement réalisables n'est pas forcément nécessaire. En revanche, évoquer l'existence de ces domaines d'action peut par exemple amener l'institution à s'interroger sur ses relations avec des groupes extérieurs qui n'intègrent pas forcément ces attentes dans leur fonctionnement.

En ce qui concerne la démarche exposée dans ce rapport, plusieurs critiques peuvent être formulées.

D'un point de vue sémantique, la question de parler de responsabilité sociétale ou sociale peut être posée. Les anglo-saxons parlent de « social responsibility » et ne font pas la distinction entre sociale et société comme l'a indiqué Michel Capron lors d'une conférence téléphonique. Cependant, comme mentionné durant le 1^{er} chapitre du rapport, la dénomination employée par l'AFNOR retient le terme sociétale, désireuse de mettre en avant, au-delà du champ du social couvert par la définition du développement durable du rapport de Brundtland, les obligations envers la société auxquelles s'expose toute organisation. Il s'agit bien sûr d'une vue de l'esprit mais qui a cependant donné lieu à une concertation au sein du comité de pilotage sur le terme à utiliser. La décision fut prise de conserver l'appellation « sociale » pour la même raison que celle qui a conduit la commission à employer le mot « ambassadeur ». Ceci afin d'éviter toute confusion et pour une meilleure compréhension pour tout le monde.

L'autre point critique concerne la construction d'indicateurs. Ce rapport n'en propose aucun même s'il souligne l'importance de leur emploi, notamment dans les suivis des actions. Comme pour la construction de la fiche mission des ambassadeurs, il a été jugé plus pertinent de laisser le choix de l'usage des indicateurs aux personnes directement concernées par leur emploi. Les possibilités d'actions dans le champ des activités soignantes sont immenses, ce qui rend difficile, la création préalable d'indicateurs génériques. Une veille de la méthodologie employée par des organismes internationaux (AFNOR et GRI) est indiquée ici (21-22).

L'AFNOR avec la méthodologie AFAQ 26000 propose des critères d'évaluation croisés par l'examen approfondi des pratiques stratégiques, managériales et opérationnelles suivant plusieurs grands axes :

- Vision en termes de responsabilité sociétale et gouvernance.
- Mise en œuvre : intégration de la responsabilité sociétale et communication.
- Ressources humaines, relations et conditions de travail.
- Mode de production, de consommation durables et questions relatives aux consommateurs.
- Ancrages territorial : communauté et développement local.

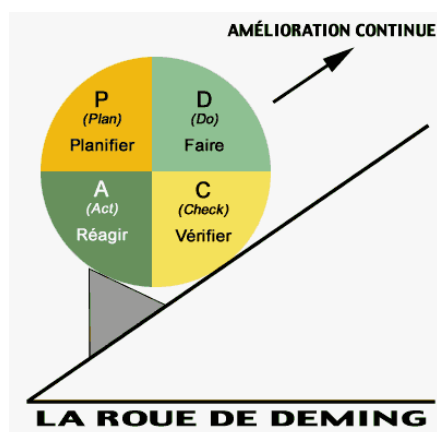
L'ensemble de ces 5 critères est découpé en une trentaine de sous-critères.

L'évaluation des résultats reprend les critères du développement durable à savoir :

- Des résultats économiques (performance globale, présence sur le marché, investissement et R&D...)
- Des résultats sociaux (emploi, diversité, sécurité et santé, formation...)
- Des résultats environnementaux (usage des matières premières, eau, énergie, gaz à effet de serre, déchets, réglementation...)

Ces 3 critères sont segmentés en une vingtaine de sous-critères.

Chaque sous critère fait par la suite l'objet d'une pondération de 0 à 100 points suivant le principe « Plan-Do-Check-Act » de la roue de Deming



| |
|-------------|
| Plan : 25% |
| Do : 50% |
| Check : 75% |
| Act : 100% |

Chaque sous critère est évalué comme suit, selon qu'il s'agisse de l'évaluation des pratiques ou des résultats.

Pour la pondération des sous-critères relatifs aux approches stratégiques et des pratiques managériales :

- 0% : Bonnes pratiques non mises en œuvre ou bien mise en œuvre de manière anecdotique.
- 25% : Bonnes pratiques mises en œuvre de manière évidente, mais ponctuellement ou par opportunités plutôt que de manière systématique.
- 50% : Bonnes pratiques mises en œuvre méthodiquement et systématiquement dans tous les domaines et pour toutes les personnes concernées, avec un début d'évaluation d'efficacité.
- 75% : Bonnes pratiques mises en œuvre de manière méthodique et systématique ; évaluées et améliorées régulièrement et de manière factuelle sur la base de mesures et/ou de retour d'expériences.
- 100% : Bonnes pratiques mises en œuvre, évaluées et améliorées méthodiquement et systématiquement, à partir des résultats obtenus et par comparaison avec les meilleures pratiques externes (benchmarking).

Pour la pondération des sous-critères relatifs aux résultats :

- 0% : Aucun résultat en relation avec les enjeux significatifs identifiés ou information anecdotique ;
- 25% : Des résultats, relatifs aux enjeux significatifs identifiés, sont collectés et reportés.
- 50% : Les tendances sont favorables. Tous les résultats relatifs aux enjeux significatifs identifiés, sont segmentés de manière appropriée.
- 75% : Les cibles sont atteintes, des éléments de comparaison existent.
- 100% : Toutes les comparaisons sont favorables par rapport aux organisations les plus performantes dans les différents domaines.

Le calcul des points collectés pour l'ensemble des critères permet une progression selon 4 paliers (300, 500, 700 et 1000). Il est conseillé à l'organisation de communiquer sur sa progression à partir de 300 points pour valoriser les efforts entrepris. L'organisation est considérée comme faisant preuve d'exemplarité lorsqu'elle atteint le dernier palier (700 à 1000).

Le Global Reporting Initiative est une organisation non gouvernementale internationale qui agit en faveur du développement durable en incitant les autres organisations (à l'origine les grands groupes) à communiquer publiquement leurs résultats. A cette fin, le GRI élabore et propose un cadre de reporting pour aider à afficher cette transparence. Parallèlement à la publication de la norme ISO 26000, le GRI a rédigé un manuel en libre service qui se propose d'établir des passerelles entre les lignes directrices de l'ONG et la norme.

Sous forme de tableaux, ce manuel associe les indicateurs de reporting figurant dans les lignes directrices aux paragraphes de la norme correspondant. Ainsi, un même indicateur peut se référer à plusieurs domaines d'action ou à une combinaison de domaines d'action, questions centrales et principes directeurs. Sur son site internet, le GRI propose en complément des documents relatifs à chaque thématique d'indicateurs.

Y figurent :

- Des indicateurs économiques
- Des indicateurs environnementaux
- Des indicateurs relatifs à l'emploi, aux conditions sociales et au travail
- Des indicateurs sur les droits de l'Homme
- Des indicateurs se référant à la responsabilité du fait des produits
- Des indicateurs sociétaux

En l'état, ces méthodologies ne sont pas exploitables par la commission. Pour être utilisées à bon escient, elles nécessitent que l'institution est atteint un niveau de maturité dans ses pratiques. Si le CHU de Rennes a déjà entrepris un certain nombre d'actions en faveur du développement durable, elle demeure en revanche novice en matière de responsabilité sociale. A titre indicatif, il est toutefois intéressant de porter à la connaissance de la commission, de telles procédures, pour les intégrer dans des stratégies futures ou les adapter selon ses convenances.

Conclusion

Ce qui initialement, devait être une mission dont la portée était circonscrite à un pôle clinique et plus particulièrement le service d'imagerie thoracique, a rapidement évolué vers un projet beaucoup plus ambitieux, nécessitant de solliciter les principales structures du CHU. Le concept de responsabilité sociale constitue un levier puissant pour lutter contre la morosité dans un climat social parfois tendu et redynamiser le personnel. La réussite du projet réside essentiellement dans l'implication des équipes et leur niveau d'adhésion à la démarche. La journée de sensibilisation qui se déroulera le 15 novembre sera déterminante pour la suite de la stratégie mise en place par la commission développement durable. Un dialogue devra être établi au sein des pôles, des services et des unités de soin pour informer la hiérarchie des missions des ambassadeurs et réfléchir aux modalités de leur intervention sans compromettre pour autant le fonctionnement des équipes. Pour cela, il sera nécessaire de renforcer la présence de la commission au sein des instances décisionnelles afin d'appuyer les ambassadeurs et légitimer leur rôle sur le terrain. La commission devra aussi veiller à la pertinence des actions qui seront proposées afin de ne pas épuiser inutilement les ressources disponibles pour un résultat marginal.

L'institution a un rôle crucial à jouer : le portage du projet par celle-ci étant essentiel pour rappeler l'ancrage du développement durable dans les projets d'envergure de l'établissement et la responsabilité de chacun d'en tenir compte. Les équipes ont besoin de faire le lien entre l'engagement de leur organisation, les convictions exprimées par leur dirigeant et les impacts dans leur métier au quotidien. D'où l'importance de la démarche de la co-construction, qui au contraire d'une démarche dirigiste, incite les soignants à s'interroger sur leur pratique et à les sensibiliser sur les impacts de leurs actes, de leur geste sur l'organisation et les parties prenantes.

Bien que centré sur les activités de soin, le projet ne désengage pas l'établissement de la nécessité de mener une politique de développement durable à plus grande échelle sur des sujets comme le bilan carbone de ses infrastructures et établir des protocoles d'achats éco-responsables par la formation des acheteurs.

A moyen terme, si le réseau d'ambassadeur nouvellement créé rencontre les succès escomptés, il deviendra alors indispensable de développer un second réseau destiné aux autres personnels de l'établissement, en particulier ceux rattachés aux fonctions support à

l'instar des directions logistiques et techniques afin de mutualiser la conduite des actions avec le réseau des ambassadeurs du monde soignant.

Enfin, il peut être judicieux de développer les partenariats inter-CHU, comme c'est déjà le cas avec le CHU de Bordeaux, pour impulser une dynamique de partage d'expériences sur des problématiques communes. En outre, adhérer à des réseaux régionaux ou nationaux comme le réseau grand Ouest pour une politique d'achat vertueuse envers le développement durable ou le C2DS, pour son expérience dans le monde de la santé peut aussi être profitable.

Bibliographie

- 1- CAPRON M, QUAIREL-LANOIZELE F, *La responsabilité sociale d'entreprise*, La Découverte (édition 2010), 122p
- 2- NF ISO 26000- Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale, novembre 2010. AFNOR (éditeur), 147p.
- 3- Baromètre du Développement Durable en Etablissements de Santé, édition 2012.
- 4- Atelier découverte ISO 26000 au siège de l'AFNOR le 09 juillet 2013
- 5- Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable, Sommet mondial sur le développement durable 2002, *Historique du Développement durable*, 5p
- 6- AUTARD M.-L., 2010, « Développement durable : Des comportements citoyens à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n° 498, pp 457-462.
- 7- HARTEMANN P., HAJJAR J., juillet-août 2011, « Développement durable : quelles conséquences et quelles implications pour l'hygiéniste ? », *Techniques Hospitalières*, n°728, pp 17-21.
- 8- DUBIGEON O, juillet-août 2011, juillet-août 2011, « Comment intégrer l'ISO26000 de manière crédible ? », *Techniques Hospitalières*, n°728, pp 32-37
- 9- BAUCHETET C, ALTEMEYER A, BARRUEL F, août-septembre 2011, « La démarche participative, un concept dynamique », *Objectifs Soins*, n°198, 6p
- 10- HAS, juin 2009, *Manuel de certification des établissements de santé v2010*, 100 p.
- 11- Comité pour le Développement Durable en Santé (C2DS), Hôpitaux et cliniques. Guide 2009 des pratiques vertueuses. Paris : FL Médias (éditeur), 2009, 115 p.
- 12- Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable, du Travail et du Logement, Loi Grenelle 2 du 12 juillet 2010, Rapport de présentation, 11 p.
- 13- Projet médical-projet d'établissement, 2012-2016, CHU Rennes, 204p

- 14- Guide ORSE- Des Enjeux et des Hommes, février 2011, *Comment mettre en place et animer un réseau de correspondants DD/RSE au sein des entreprises*, 71p
- 15- Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009, « *Hôpital, Patients, Santé, Territoires : Une loi à la croisée de nombreuses attentes* », 51p
- 16- Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de la Mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, juillet 2009, *La prise en compte du développement durable par les services déconcentrés- un nécessaire accompagnement au changement- audit thématique d'initiative nationale*, 158p
- 17- ADEME, juin 2013, *Etude sur le bilan du traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux en France*, 155p
- 18- Circulaire du 3 décembre 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics, 51p
- 19- DOS SANTOS C., 2012, *La gestion du risque dans les établissements de santé : vers une nouvelle démarche de responsabilité sociale ?*, Cahier de Recherche 1/2012 (Groupe ESC Clermont) 24p
- 20- Guide DGS, décembre 2009, *Déchets d'activité de soins à risques : comment les éliminer ?*, 3^e édition, 92 p.
- 21- Guide du GRI, 2010, *Pour une utilisation conjointe des lignes directrices du GRI et de l'ISO 26000*, 20p
- 22- Guide AFAQ 26000, 2010, *Evaluation de la responsabilité sociétale*, 42p
- 23- Guide OPH, 2010, *Guide d'application de l'ISO 26000 aux offices publics de l'habitat*, 91p
- 24- Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé, 4p
- 25- Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, 2p

26- Bilan Carbone®-Entreprises-Collectivités-Territoires, juin 2010, *Guide méthodologique-version 6.1- objectifs et principes de comptabilisation*, 116p

27- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 19 juillet 2013, *CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière*, 53p

28- CHU Rennes, *Rapport d'activité 2011*, 77p

29- BROVELLI L, DRAGO X, MOLINIE E, juin 2013, *Rapport public au gouvernement : Responsabilité et performances des organisations*, 52p

Sites internet

30- <http://www.legifrance.gouv.fr/>

31- <http://www.fhf.fr/>

32- <http://www.c2ds.eu/>

33- <http://www.developpement-durable.gouv.fr/>

34- <http://www2.ademe.fr/>

35- <http://www.cclin-france.fr/>

36- <http://www.has-sante.fr/>

37- <http://www.orse.org/>

38- <https://www.globalreporting.org/>

39- <http://rse-pro.com/comprendre-norme-iso26000-775>

40- <http://www.desenjeuxetdeshommes.com/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Extraits du projet médical et projet d'établissement

Annexe 2 : Compte rendu de réunion avec une responsable de la gestion des risques du CHU de Rennes

Annexe 3 : Fiches action en cours et actions réalisées et plan d'action

Annexe 4 : Pôles et service de soins

Annexe 5 : Résultats de l'e-questionnaire du secrétariat du pôle imagerie et explorations fonctionnelles

Annexe 6 : Chiffres clefs 2011 du CHU de Rennes

Annexe 7 : Circulaire du 19 juillet 2013 de la DGOS

Annexe 8 : Bilan carbone de la flotte du CHU de Rennes

Annexe 9 : Méthodologie et résultats de l'IDDE

Kerguelen

Mathieu

28 novembre 2013

Mastère spécialisé Santé-Environnement

Promotion 2012

La responsabilité sociale appliquée la dispensation des soins au sein d'un établissement hospitalier universitaire

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole nationale des Mines de Paris (Mines ParisTech)

Résumé :

Le développement durable figure dans le projet médical d'établissement du CHU de Rennes. Pour répondre aux objectifs fixés, la commission développement durable a choisi de cibler son activité en privilégiant les actions de développement durable dans les unités de soin, c'est-à-dire en les intégrant dans les pratiques soignantes. La responsabilité sociale permet de faire prendre conscience aux individus, que l'impact de leurs actes dépasse des préoccupations uniquement d'ordre environnemental.

Ce concept possède ainsi 3 avantages majeurs :

- expliciter un principe souvent perçu comme flou à savoir le développement durable
- rappeler les attentes de la société envers l'institution médicale et ses obligations
- définir un périmètre d'action grâce à l'utilisation d'un outil normatif dédié à l'application du concept de responsabilité sociale dans les organisations : l'ISO 26000.

Ce rapport décrit l'élaboration et le déploiement de la stratégie de la commission développement durable pour l'application de sa nouvelle politique en matière de responsabilité sociale. Il détaille également la méthodologie d'accompagnement des équipes de soin dans ce processus à travers la construction d'un réseau d'ambassadeurs du développement durable. Il fournit enfin des préconisations pour assurer la pérennité de la démarche.

Mots clés :

Etablissement de santé, développement durable, responsabilité sociale, pratiques soignantes, ambassadeur

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Kerguelen

Mathieu

28 novembre 2013

Mastère spécialisé Santé-Environnement

Promotion 2012

Social responsibility applied to the practice of care in a university hospital

UNIVERSITY PARTNERSHIP : Ecole nationale des Mines de Paris (Mines ParisTech)

Abstract :

The sustainable development is part of the medical institution project of University Hospital Center of Rennes. To achieve the objectives, sustainable development committee decided to focus on sustainable development actions especially in the care units by integrating them into care practices. Social responsibility can make people aware of that the impact of their actions goes beyond solely environmental topics.

This concept shows three main benefits :

- to explain the sustainable development which often seems an abstract concept.
- to remind the expectations of the society towards medical institutions and their obligations.
- to define a scope of action through the use of a dedicated application of the concept of social responsibility in organizations normative tool: ISO26000.

This report describes the development and deployment of sustainable development committee's strategy for the implementation of its new policy of social responsibility. It also details the methodology of the healthcare professionals in this process through the construction of an ambassador's network for sustainable development. Finally, it provides recommendations to ensure the sustainability of the process.

Key words :

Healthcare institutions, sustainable development, social responsibility, healthcare practices, ambassador

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Ce programme permettra également de définir le niveau de support apporté, au plan institutionnel, aux équipes réalisant des activités de télémédecine, et visera à encourager la mutualisation des expériences et des outils (protocoles, documentation juridique, outils d'échanges de données).

Il proposera des actions ciblées d'évaluation médico-économique des activités de télémédecine (évaluation du service médical rendu notamment) en lien, le cas échéant, avec des partenaires extérieurs.

La mise en œuvre du programme s'appuiera sur des liens étroits avec le GCS e-Santé Bretagne, dont le CHU est membre fondateur. Cette structure de coopération, qui fédère les établissements de santé, publics et privés, et les professionnels de santé libéraux, a pour mission première d'appuyer et de coordonner les actions concourant à la mise en œuvre de la télémédecine et des systèmes d'information partagés de santé dans la région, au besoin en mettant à disposition des outils et du temps de chefferie de projet.

La mise en œuvre du programme s'appuiera, d'un point de vue technique, sur les orientations du schéma directeur des systèmes d'information du CHU. Il s'agira, notamment, de s'assurer que les outils installés respectent les conditions d'interopérabilité et de sécurité requis, notamment dans l'optique de l'intégration avec le DMP, outil qui servira, à terme, à la coordination des soins entre les différents acteurs de la prise en charge au sein d'un même territoire de santé, voire au delà.

Le développement durable et les soins

La construction de la stratégie et des plans d'actions des établissements de santé en matière de développement durable s'appuie principalement sur le dispositif législatif et réglementaire issu du « Grenelle de l'environnement », mais également sur les objectifs fixés par le manuel de certification dans sa version 2010.

Outre ce cadre normatif, les valeurs portées par l'hôpital, la spécificité de ses activités, les ressources qu'il met en œuvre concourent naturellement à son engagement dans le développement durable. Toutes les équipes soignantes - et les services qui les soutiennent – peuvent s'approprier aisément le concept puisqu'ils participent à la santé et à la qualité de vie de la population, et parce qu'ils relient sans difficulté qualité de l'environnement et santé des populations. En revanche, la prise en compte des impacts environnementaux liés à la dispensation du soin est moins développée et conduit à réévaluer par la concertation et la pédagogie protocoles et pratiques.

Les orientations proposées s'articulent en trois objectifs fondamentaux :

- maîtriser l'impact des activités soignantes sur l'environnement,
- créer un registre d'experts des expositions aux risques environnementaux,
- promouvoir et encourager les initiatives issues des pôles.

Maîtriser l'impact des activités soignantes sur l'environnement

Cet objectif vise à conjuguer la maîtrise de l'impact des activités soignantes sur l'environnement avec la nécessité d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

▪ **A court terme**

Il faut poursuivre les démarches promouvant un comportement vertueux en matière d'hygiène hospitalière avec une implication des soignants et la recherche d'exemplarité. Ces actions s'appuieront sur un rappel des bonnes pratiques portant en particulier sur la promotion d'un tri plus pertinent des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et assimilables aux ordures ménagères, sur l'utilisation de produits à moindre impact pour l'environnement (bionettoyage) et par la révision de certaines prescriptions peu étayées par des preuves scientifiques (utilisation non fondée des gants jetables).

▪ **A moyen terme**

Des objectifs de développement durable seront intégrés dans la conception, la mise en œuvre et le fonctionnement des installations, équipements et moyens techniques concourant à la sécurité des soins. Ce type de démarche pourrait être appliqué aux installations de traitement d'air dans les blocs opératoires et les salles interventionnelles.

Seront réalisées des études de diagnostic dans les bâtiments, l'évaluation concernant les prescriptions techniques, la conception de circuits, le conditionnement de matériaux, l'impact sur l'environnement au cours de l'élimination de ces matériaux, le traitement des eaux usées, les matériaux chimiquement polluants pour l'air intérieur (qui seront de plus en plus recyclés pour des raisons énergétiques).

Des critères de développement durable interviendront dans les achats de dispositifs médicaux et de médicaments. Le cadre réglementaire des marchés publics permet d'introduire dans les appels d'offres des critères de choix relatifs au développement durable. Cependant l'utilisation de tels critères s'avère peu aisée concernant les achats de médicaments et dispositifs médicaux. Des réflexions émergent au sein de quelques équipes hospitalières de pharmaciens en charge du choix des produits.

▪ **A long terme**

Le CHU participera à des études techniques ou scientifiques intégrant conjointement des critères d'efficacité, de toxicité, et de durabilité des antiseptiques et désinfectants.

Il amorcera en collaboration avec le GCS-UNIHA une réflexion sur le retraitement des dispositifs médicaux coûteux à usage unique (usage unique versus ré-utilisation, température de stérilisation, composition des sets de soins).

Il évaluera les protocoles de détergence seule ou de désinfection chimique les méthodes alternatives de désinfection à moindre impact environnemental et la révision de certaines normes peu éco-compatibles.

Créer un registre d'experts des expositions aux risques environnementaux

Ce domaine médical est encore peu développé - et l'offre de formation réduite - au regard de la masse d'informations diffusées à l'attention du grand public et qui s'avèrent plus ou moins bien étayées. De nombreuses disciplines sont concernées par ces problématiques mais ne se sont pas encore coordonnées.

A travers cet objectif, il est proposé de rendre plus lisible et de mettre au service de la population les compétences détenues par le CHU, par les actions suivantes :

- Répertorier avec exhaustivité les situations d'expositions aux risques (dans la vie urbaine ou professionnelle, dans le parcours de soins). Sont concernées :
 - la qualité de l'air : pollution atmosphérique de l'intérieur des locaux, composés organiques volatils, amiante, silice, allergènes, pollens, monoxyde de carbone, radon, effet de la climatisation,
 - la qualité de l'eau : résidus médicamenteux, légionnelles,
 - les expositions diverses : pesticides, dioxines, aldéhydes, phtalates, substances reprotoxiques, plomb, aluminium, champs électromagnétiques et rayonnements, radiofréquences et téléphonie, bruits volontaires ou non, déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI),
 - les situations extrêmes : conséquence du froid, précarité énergétique,
 - les nouvelles expositions : utilisation croissante des nanoparticules.
- Créer un registre d'experts internes à l'établissement qui évalueront régulièrement l'état de l'art, le champ des principes de précaution, les niveaux de preuve de chacune des expositions aux risques.
- Construire un outil d'aide et de conseils accessible à chaque praticien afin que l'ensemble du corps médical de l'établissement puisse assumer plus sereinement sa mission de conseil en santé environnementale.

Promouvoir et encourager les initiatives issues des pôles

Cet objectif vise à promouvoir et encourager les initiatives issues des unités de soins désireuses de s'engager de façon volontaire et active sur des projets de développement durable. Des formations organisées par le CHU pourront aider les équipes et leur encadrement à mener à bien ces actions. Les projets ainsi identifiés seront formalisés dans les contrats de pôle.

- **Enseigner le développement durable et sa déclinaison dans les établissements de santé**

Ces formations à destination des équipes soignantes sensibiliseront et conduiront les soignants à l'adoption de comportements et d'organisations éco-responsables, à l'hôpital comme dans la sphère privée. Cet enseignement abordera les trois piliers : environnemental, économique et social du développement durable.

- **Construire un outil d'aide au développement et à la mise en œuvre de pratiques vertueuses au sein des pôles**

Le dispositif composé de six cibles sera centré sur la prise en charge du patient à partir d'une cartographie du soin :

- le relationnel bien traitant : accueil, communication, et sortie du patient,
- la dispensation de soins moins agressifs,
- l'hygiène, la qualité, la sécurité des soins,
- l'utilisation adaptée des ressources permettant de réduire la production de déchets,

- la pertinence du tri des déchets permettant de limiter au strict nécessaire le recours aux filières de traitement onéreuses et à fort impact environnemental,
- le partage rapide des informations entre professionnels.

Ces initiatives seront portées par des équipes pluri-professionnelles associant soignants et médecins. Une expérimentation pourrait être lancée afin de structurer la démarche et faciliter sa diffusion ultérieure.

Compte tenu de son activité très transversale, des fortes consommations d'énergie générées par les actes produits et enfin de son intérêt affiché pour la démarche, le site pilote expérimentateur pourrait être le pôle d'imagerie.

Au terme de cette phase d'expérimentation, les modes de diffusion envisagés prendront en compte la nature des activités, la localisation des unités de soins (activités dispersées au sein de plusieurs bâtiments voire plusieurs sites, qualités des infrastructures) mais surtout l'appétence des équipes pour ce type de démarche. Les démarches et initiatives des équipes seront formalisées dans le contrat de pôle.

La prise en charge et l'accueil du patient

Le patient est au cœur de tous les métiers de l'hôpital.

Sa prise en charge, médicale, soignante, administrative, logistique, incombe à tous.

Le patient acteur de sa prise en charge

Le patient doit être informé (rapport bénéfice/risque), pour consentir (consentement libre et éclairé) et envisager son devenir (personne de confiance, directives anticipées). Ces actions initiées au cours des deux années précédentes feront l'objet d'un vaste déploiement dès l'année 2012 au titre d'ateliers qualité/gestion des risques visant un large public de professionnels médicaux, non médicaux et d'usagers. Une démarche particulière en termes de bénéfice/risque sera également initiée.

Le patient a accès à son dossier médical. L'accompagnement du demandeur lors de la consultation du dossier médical par un médecin, voire s'il le souhaite, par un médiateur médical, sera proposé.

La prise en charge du patient organisée

L'organisation se traduit en amont, par le développement des consultations de pré-hospitalisation, le développement des pré-admissions en lien avec les évolutions des organisations des secrétariats médicaux. Il faut permettre au patient une arrivée sereine en disposant des principales informations utiles quant à sa prise en charge, aux soins qui lui seront dispensés et aux conditions d'accueil au CHU : remise du livret d'accueil, accueils spécifiques pour les populations fragiles (handicapées, personnes âgées, personnes nécessitant un interprétariat, personnes en précarité).

Pendant son hospitalisation, le patient doit disposer de la prise en charge la plus adaptée au plan médical et soignant. A ce titre les orientations retenues dans le projet d'établissement au titre de la pertinence des soins, en particulier la démarche d'amélioration de la qualité, l'évaluation des

Compte-rendu de réunion

| | |
|--------------------------|--|
| Date : | 20 juin 2013 à 10h15 |
| Lieu : | Bureau Direction de la Qualité et des Relations avec les usagers |
| Participant(e)s : | Madame Séverine Morille, ingénieur gestionnaire des risques Mathieu Kerguelen, ingénieur stagiaire Développement Durable |
| Objet : | Présentation de l'outil dédié au projet d'intégration du développement durable dans les actions de soins et réflexions autour de sa pertinence et des axes d'améliorations |

Cette entrevue fait suite à une précédente réunion en présence de plusieurs cadres de santé, datant du mois de mars 2013.

Cette nouvelle réunion a pour objectifs principaux :

- de présenter la démarche et les évolutions dans son concept par rapport à la présentation faite lors de la précédente réunion
- de proposer des pistes d'amélioration, d'enrichir la réflexion sur la méthodologie mise en œuvre

Après une présentation d'ensemble du concept du DRESS book, du principe de la co-construction, du système de partage d'information s'appuyant sur un réseau d'ambassadeur, l'essentiel de la réunion fut consacré à une discussion portant sur la pertinence de certains choix, aux orientations et évolutions possibles du projet.

Concernant les objectifs du projet, il a été évoqué le rôle que devait jouer Mathieu Kerguelen, à savoir celui d'un expert capable d'établir un diagnostic sur des problématiques en lien avec le domaine du développement, clairement identifiées dans les services. Avec la capacité d'évaluer dans les unités de soins ce qui est du ressort du DD et ce qui ne l'est pas.

Le modèle du DRESS book est intéressant mais il a été observé qu'il lui manquait une méthode d'analyse rigoureuse.

A ce titre, il pourrait s'avérer judicieux d'établir un outil de diagnostic plus étoffé intégrant des paramètres de diagnostic environnementaux : énergie (électricité), eau, air, déchets accolés à des actions mises en place ou à mettre en place.

Un atout supplémentaire dans son élaboration serait de faire en sorte que cet outil permette de réaliser une autoévaluation pour tout utilisateur désireux d'établir un état des lieux préalable au sein de son environnement de travail (service, unité...).

L'intégration de ce dispositif pourrait faire évoluer la trame initialement mise en place.

Madame Morille suggère de procéder comme suit :

1. diagnostic
2. priorisation des thématiques à développer et identification d'axes prioritaires
3. validation du diagnostic auprès de la commission DD
4. Construction du sommaire du Dress Book.

La réflexion autour des aspects environnementaux est à valoriser car l'établissement ne possède pas de structure actuellement capable de se prononcer sur ces questions.

Une vraie réflexion doit avoir lieu quant à la pérennité de l'outil : qui le fera vivre, l'enrichira ? Les ambassadeurs ? La commission DD ? Ces 2 entités ?

Ce qui implique aussi dans les thématiques à aborder dans le contexte du DD de ne pas s'éparpiller et tenir compte de l'existant, des structures qui travaillent déjà sur des problématiques identifiées : cas de la posture professionnelle des internes.

Concernant l'action portant sur le cas des internes, la DRM a publié un guide à destination des nouveaux arrivants dont un spécifique aux internes.

Madame Morille attire l'attention sur les terminologies employées : Fiche retour sur expérience est une appellation d'usage en gestion des risques et n'a pas du tout la même signification par rapport à celle que l'on entend dans le cadre de l'outil développé pour le DRESS Book.

Il existe aussi des outils et méthodes disponibles et déjà utilisés par la Direction de la Qualité.

Elle émet une mise en garde contre la multiplication des référents : il existe déjà un réseau de référents délégués à des thématiques bien précises (hygiène, qualité...).

Ces démarches sont soit infructueuses soit dépendantes de l'appétence des référents (sacerdoce) car ces derniers sont sollicités pour leur compétence.

Garder à l'esprit que l'ambassadeur se doit d'être un agent de liaison et non pas un expert auquel on vient se référer pour le consulter sur une problématique DD.

De même, il convient de réfléchir à la valorisation du rôle de ces ambassadeurs : confier cette fonction, plutôt que sur la base du volontariat, à des personnes ayant déjà une aura DD clairement identifiée au niveau institutionnelle et ayant déjà une expérience en développement durable et de communiquer sur des actions menées avec succès pour provoquer un effet boule de neige et susciter l'envie auprès du personnel.

Il a été convenu, à l'issue de cet entretien, de fixer une nouvelle rencontre, si possible en présence du docteur Meunier afin d'échanger à nouveau sur les orientations du projet.

Fin de réunion à 11h45

§§§§§§§§§§§§

Action en cours de réalisation

Année :
Etablissement /Logo :
Pôle/Service/Unité :
Direction :

Auteur de la transcription :
Date :

Contributeur :
Périmètre :

Intitulé :

Niveau de progression :    
0%-25% 26%-50% 51%-75% 76%+

- **Descriptif de l'action**

- **Matériels et méthodes :**

- **Bénéfices attendus :**

- **Indicateurs choisis**

| |
|--|
| |
|--|

- **Observations/ difficultés rencontrées**

| |
|--|
| |
|--|

Action réalisée

Année :

Etablissement /Logo :

Pôle/Service/Unité :

Direction :

Auteur de la transcription :

Date :

Contributeur :

Périmètre :

Intitulé :

Descriptif de l'action

Matériels et méthodes :

Bénéfices attendus :

- **Indicateurs choisis**

- **Bénéfices observés**

- **Points d'améliorations**

- **Suggestions/Remarques/préconisations pour des actions similaires...**

Plan d'Action

Date :

Unité :

Service :

Pôle :

Intitulé de l'action :

Concepteur :

Coordinateur :

Ambassadeur de proximité:



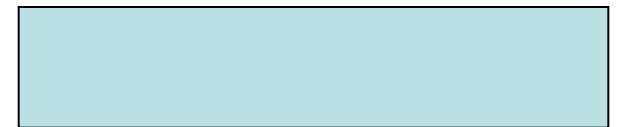
Nature de l'action

✓ Objectif(s) et Descriptif de l'action :

✓ Périmètre de l'action :

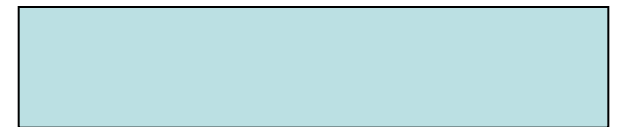
Intra pôle →

Unité/service concerné



Inter pôle →

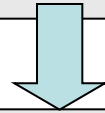
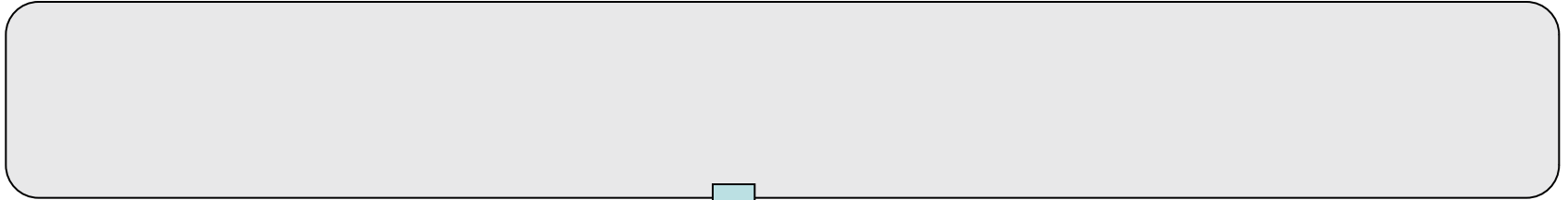
Unité/service concerné



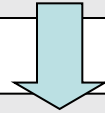
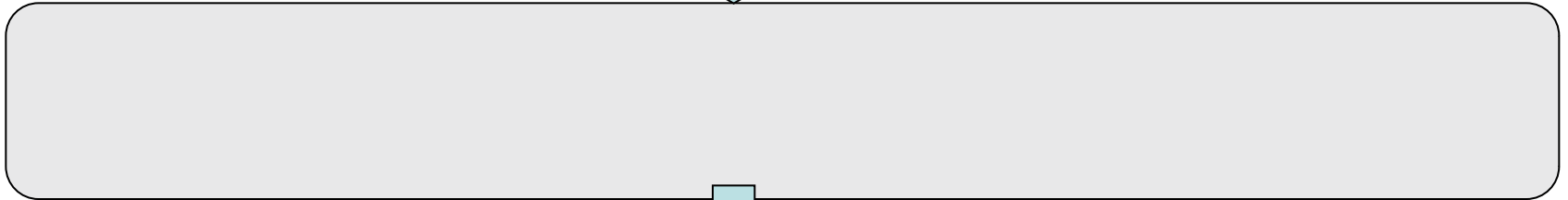
✓ Résultat(s) attendu(s)

Méthodologie

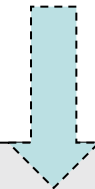
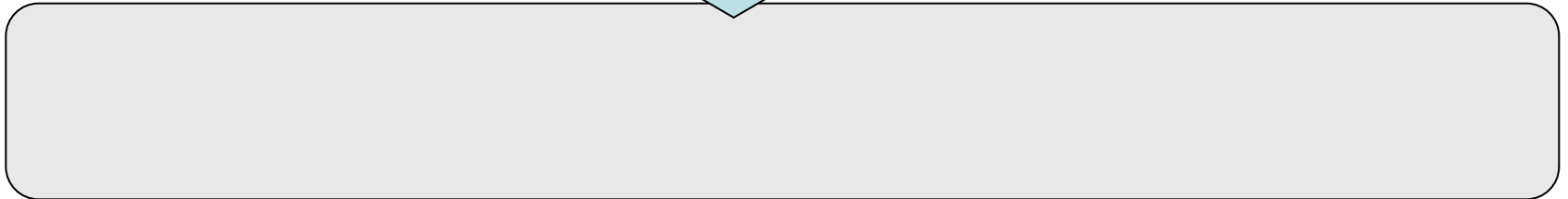
Etape 1



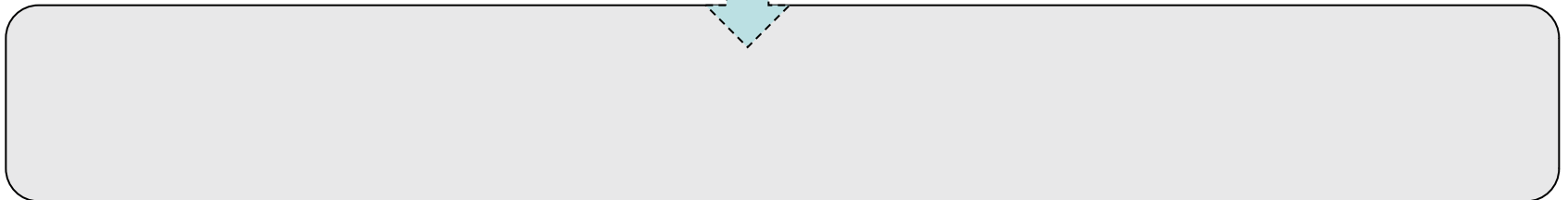
Etape 2



Etape 3



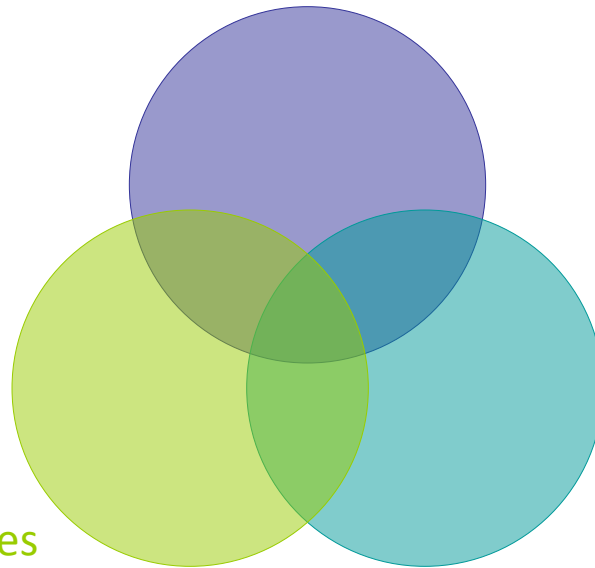
Etape X



Intérêt de l'action/DD

Au regard de...

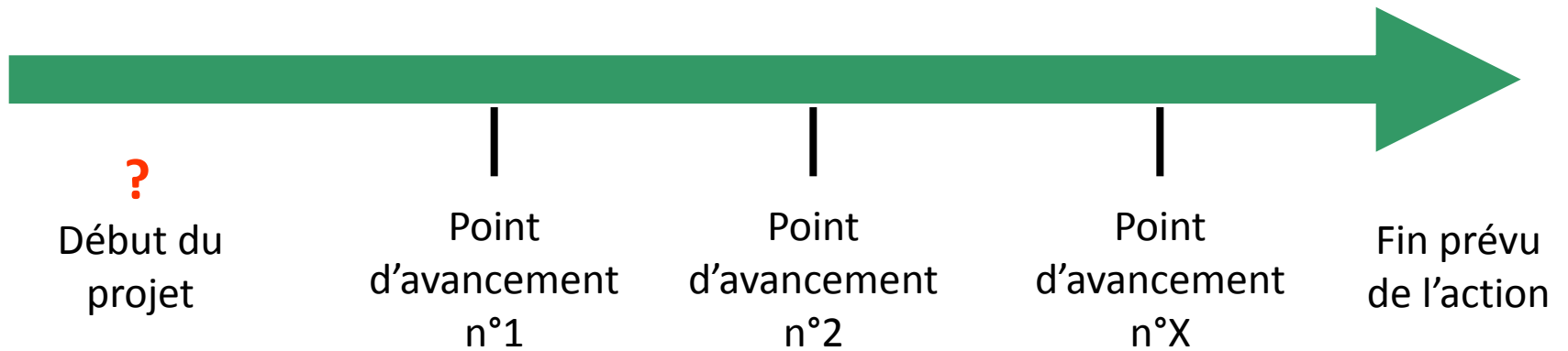
Aspects environnementaux



Aspects économiques

Aspects sociaux

Retro planning



Ressources nécessaires

- ✓ Moyens humains :
 - Personne ressource (Nom/fonction/service)
 - Structure compétente (direction/commission/délégation/bureau...)

- ✓ Moyens financiers : estimation du budget nécessaire à la mise en œuvre (...€)

- ✓ Moyens matériels :

Indicateur et état d'avancement

| | |
|------|---|
| 90% | 😊 |
| 0% | 👉 |
| 60% | 😐 |
| 30% | 😞 |
| 80% | 😊 |
| 100% | 👉 |
| | 👉 |
| | 👉 |
| | 👉 |
| | 👉 |
| | 👉 |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Pôle Abdomen | Service des maladies de l'appareil digestif | Service des maladies du foie | Service d'urologie | Service de chirurgie hépatobiliaire et digestive |
| Pôle Anesthésie-SAMU-Urgences-Réanimation | Service Anesthésie réanimation 1 chirurgicale | Service Anesthésie réanimation 2 et centre évaluation et traitement de la douleur | Service Samu Smur UMCA | |
| Pôle Biologie | Service de Biochimie-Toxicologie | Service de génétique moléculaire et génomique | Service de Bactériologie et d'hygiène hospitalière | Service de virologie |
| Pôle fédératif de Recherches cliniques | Service d'investigation clinique | Service de pharmacologie clinique | | |
| Pôle Gynécologie-Obstétrique-Biologie de la reproduction-Chirurgie plastique et reconstructrice | Service d'obstétrique | Service de gynécologie | Laboratoire de biologie de la reproduction - CECOS | Service de chirurgie plastique et reconstructrice |
| Pôle Imagerie et explorations fonctionnelles | Service de radiologie et imagerie médicale | Service des explorations fonctionnelles | Service de médecine du sport | |
| Pôle Locomoteur | Service de chirurgie orthopédique, réparatrice et traumatologique | Service de rhumatologie | | |
| Pôle Médecine et soins de support | Service de médecine physique et réadaptation | | | |
| Pôle Médecine interne et gériatrie-Médecine légale et pénitentiaire | Service de médecine interne | Service de médecine gériatrique | Service de médecine légale et pénitentiaire | Centre anti poison |
| Pôle Médecines spécialisées | Service des maladies infectieuses et réanimation médicale | Service d'hématologie clinique | Service de néphrologie | Service de dermatologie |

**Pôle
Neurosciences**

Service de neurochirurgie

Service de
neurologie

Service
d'ophtalmologie

Service d'oto-rhino-
laryngologie et de
chirurgie maxillo
faciale

Pôle Odontologie

**Pôle Pédiatrie
médico
chirurgicale et
génétique
clinique**

Service de médecine de
l'enfant et de l'adolescent

Service de
chirurgie
pédiatrique

Service de
génétique clinique

Pôle Pharmacie

Service de pharmacie

**Pôle Santé
publique-
Information
médicale**

Service d'information
médicale

Service de santé
publique et
épidémiologie

**Pôle Thoracique
Vasculaire et
Métabolique**

Service de pneumologie

Service de
chirurgie
thoracique,
cardiaque et
vasculaire

Service de
cardiologie et
maladies
vasculaires

Service
d'endocrinologie,
diabétologie et
nutrition

Service de parasitologie et mycologie

Service d'hématologie cellulaire-hémostase bioclinique

Service d'anatomie et cytologie pathologiques

Service de cytogénétique et biologie cellulaire

Service de pharmacologie

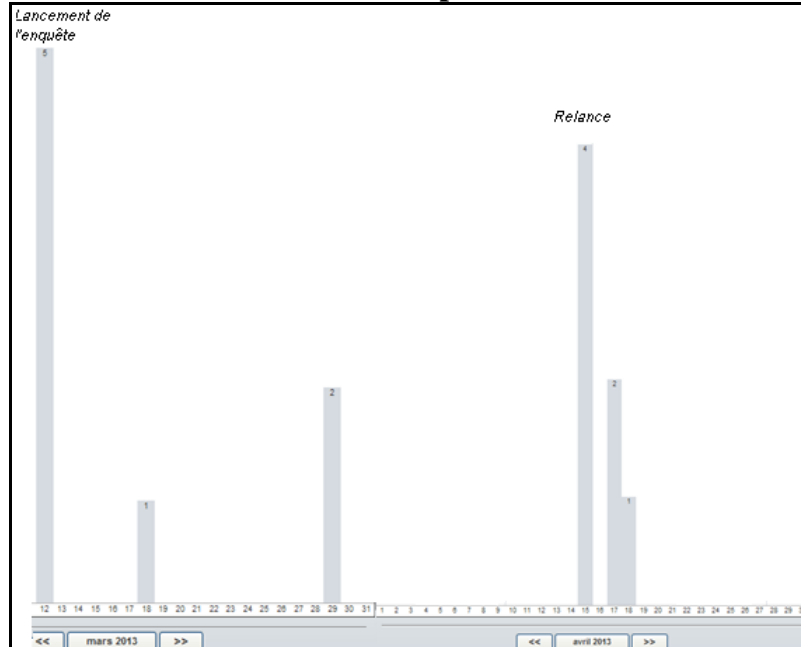
Service de
psychiatrie

Rapport d'étude : DQRU / Pôle IMEF - Enquête Sur le développement durable

Dernière mise à jour des résultats : 21/5/2013

Population cible : 35 assistantes

Tableau de bord du suivi des répondants



1^{er} lancement de l'enquête : 12/03/2013
Réponse attendue pour le : 02/04/2013
➔ 8 répondants

Relance le : 15/04/2013
Réponse attendue pour le : 19/04/2013

Cloture de l'enquête : 21/05/2013

| Statut | Total | % | | |
|------------|-------|-------|---|---|
| Initialisé | 9 | 25,7% | 0 | 0 |
| Ouvert | 11 | 31,4% | 0 | 0 |
| Terminé | 15 | 42,9% | 0 | 0 |
| Total | 35 | 100% | 0 | 0 |

11 personnes ont ouvert le questionnaire sans y répondre
9 ne l'ont pas ouvert du tout

➔ 15 répondants au total
Soit taux de retour = 43%

Sommaire

Nom et prénom (optionnel) :

Vous êtes :

Votre âge :

Avez-vous des enfants ?

Votre ancienneté dans l'établissement :

Votre lieu de travail (lieu principal) :

1. Le DD est-il officiellement inscrit dans le projet d'établissement 2012-2016 ?

2. Y a-t-il une communication sur le développement durable dans l'établissement ?

Si oui, sur quel support ?

3. Cocher les cases qui évoquent pour vous le développement durable :

4. Existe-t-il un référent du développement durable dans l'établissement ?

- citer son nom ?

- dire s'il exerce à temps plein sur cette fonction ?

5. L'établissement favorise-t-il des achats éco-responsables ?

Si oui, lesquels ?

6. Y a-t-il une politique d'économie d'énergie dans l'établissement ?

Si oui, laquelle ?

6bis. Et dans votre service ?

Si oui, lesquelles :

7. Faites-vous usage du tri sélectif au sein de votre unité ?

Si oui :

7bis. Recyclez-vous le papier ?

Si oui :

8. L'établissement dispose-t-il de mécanismes permettant de limiter l'utilisation des ressources naturelles ?

Si oui :

9. Existe-t-il une politique d'aide au transport dans l'établissement ?

Si oui :

10. Avez-vous accès à des prestations sociales (ou un accompagnement social) au sein de l'établissement ?

Si oui :

11. L'établissement propose-t-il une aide à la garde d'enfants ?

Si oui, comment ?

12. Pouvez-vous citer des actions en lien avec le développement durable qui sont actuellement mises en place au sein de votre service ?

- Actions en lien avec le développement durable qui sont actuellement mises en place au sein de votre service :

13. Pouvez-vous proposer des actions qui, pour vous, entreraient dans le cadre du développement durable au sein de votre service ?

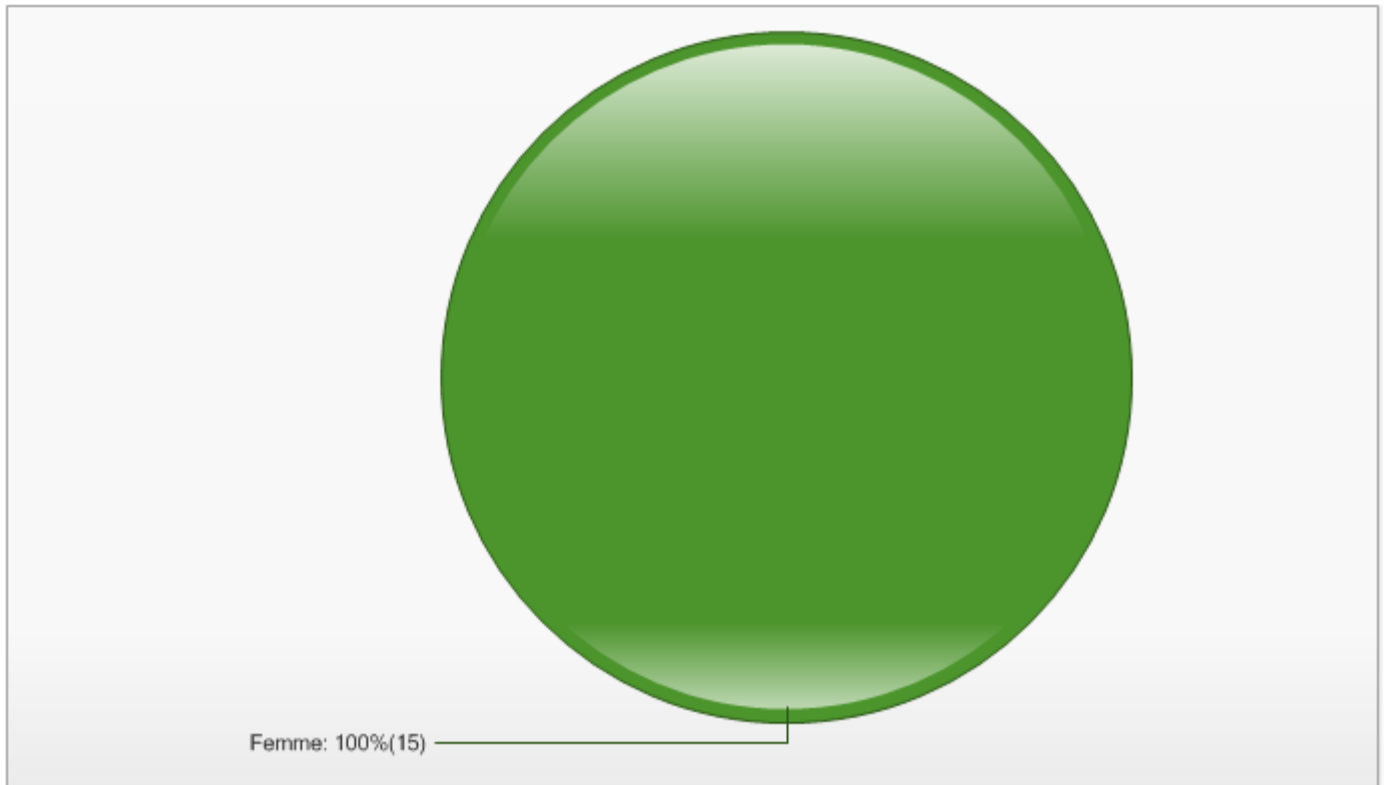
- Propositions d'actions :

Commentaires éventuels :

Nom et prénom (optionnel) :

| | Effectif |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Catherine Esnault | 1 |
| <input type="checkbox"/> Couasnon Elodie | 1 |

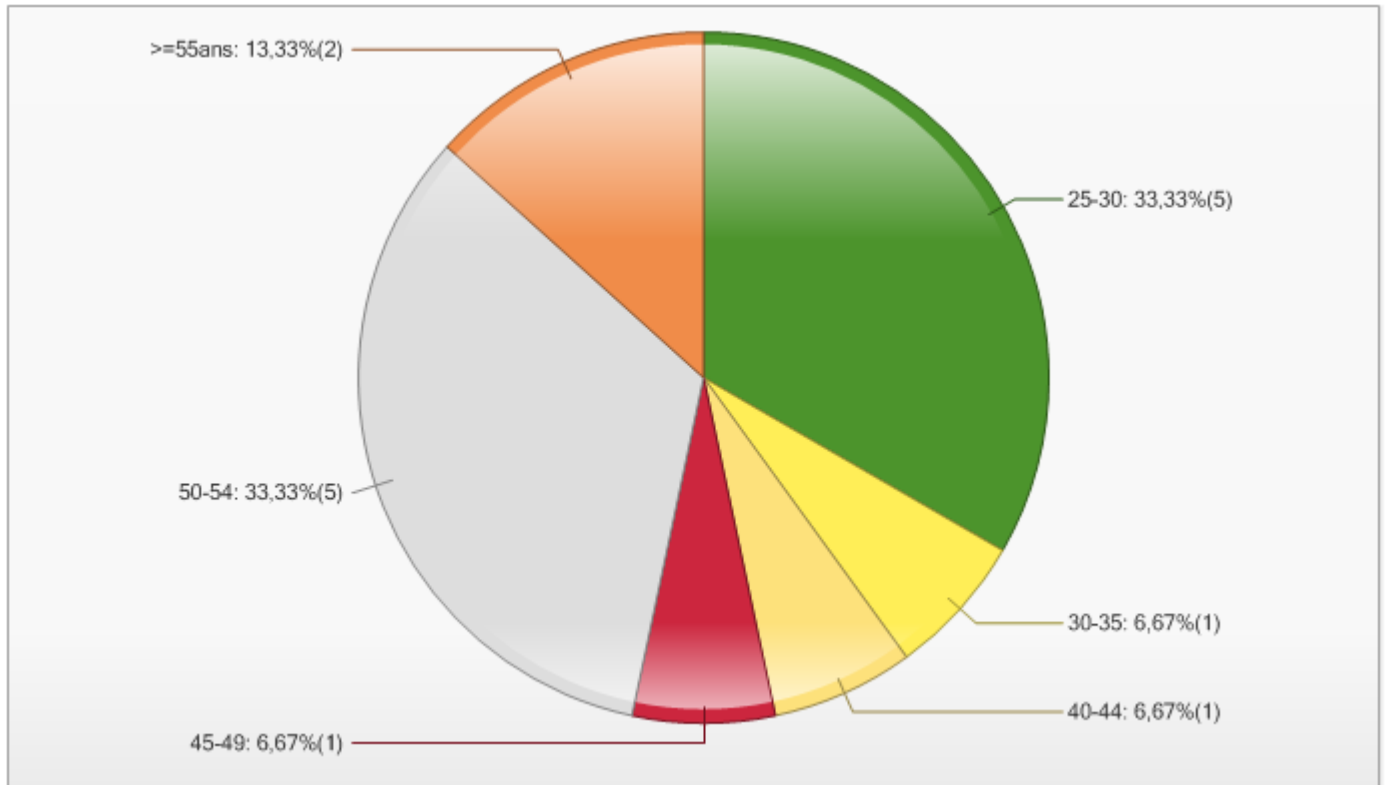
Vous êtes :



| | Effectif |
|-------|----------|
| Homme | 0 |
| Femme | 15 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------|--------|
| Homme | 0,0% |
| Femme | 100,0% |
| TOTAL | 100,0% |

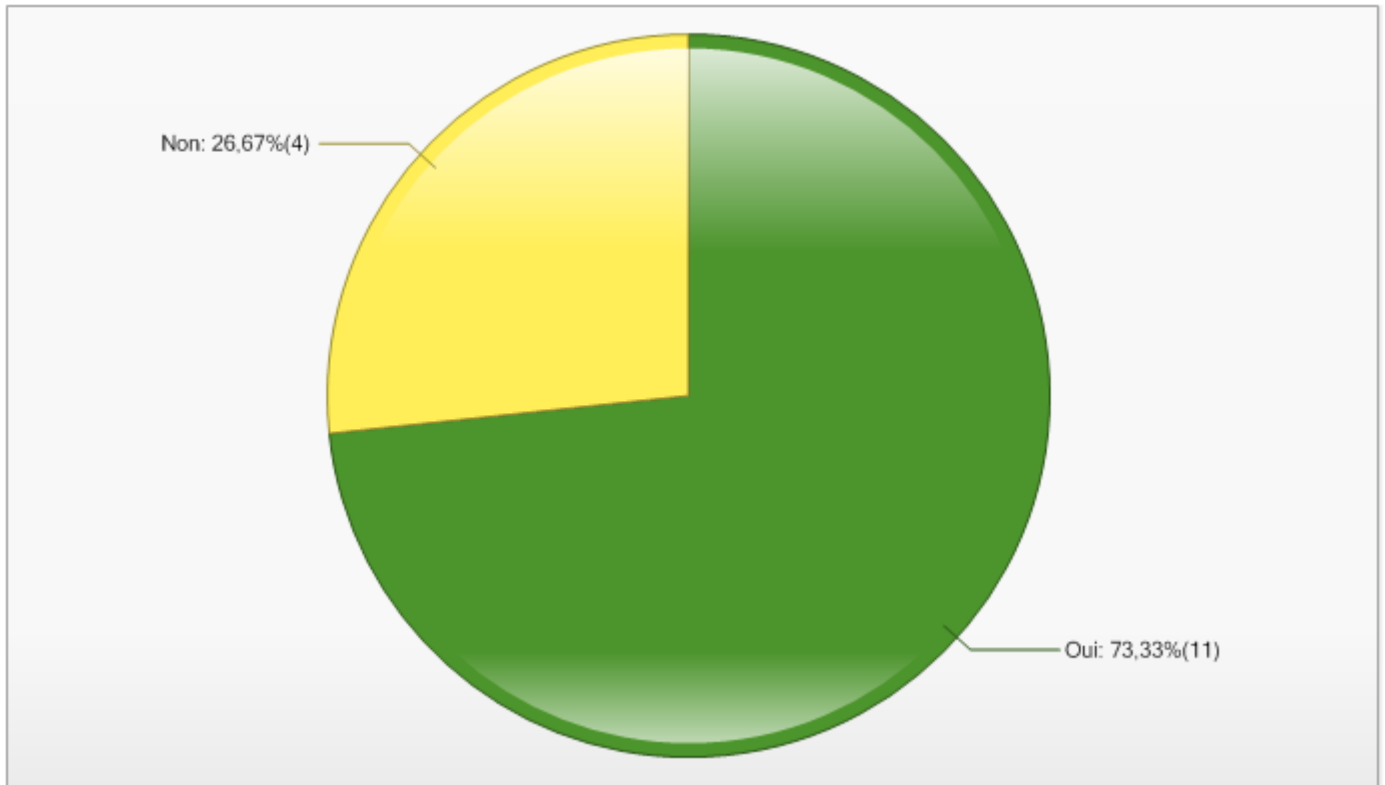
Votre âge :



| | Effectif |
|---------|----------|
| <25ans | 0 |
| 25-30 | 5 |
| 30-35 | 1 |
| 35-39 | 0 |
| 40-44 | 1 |
| 45-49 | 1 |
| 50-54 | 5 |
| >=55ans | 2 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|---------|--------|
| <25ans | 0,0% |
| 25-30 | 33,3% |
| 30-35 | 6,7% |
| 35-39 | 0% |
| 40-44 | 6,7% |
| 45-49 | 6,7% |
| 50-54 | 33,3% |
| >=55ans | 13,3% |
| TOTAL | 100,0% |

Avez-vous des enfants ?



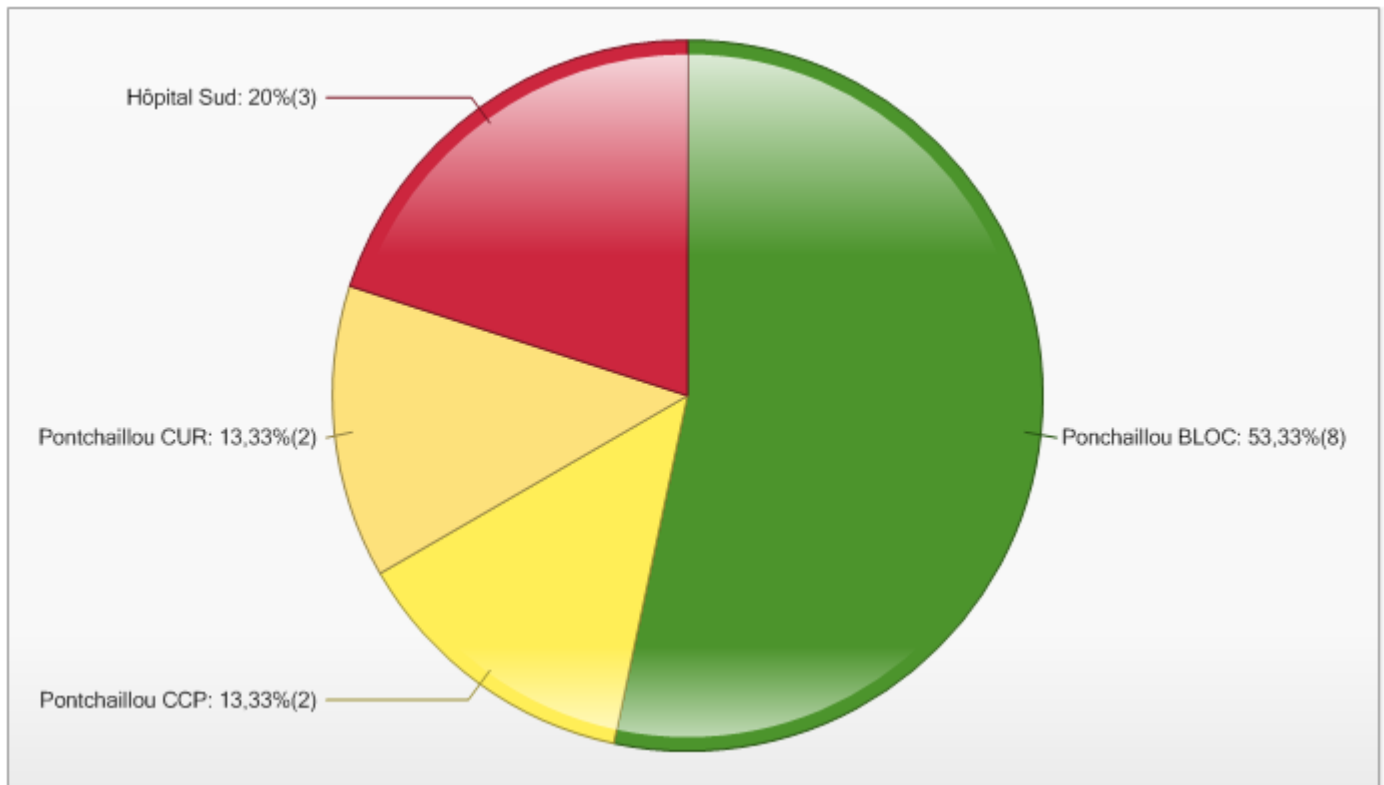
| | Effectif |
|-------|----------|
| Oui | 11 |
| Non | 4 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------|--------|
| Oui | 73,3% |
| Non | 26,7% |
| TOTAL | 100,0% |

Votre ancienneté dans l'établissement :

| | Effectif |
|---------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 13 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 20 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 22 ans | 1 |
| <input type="checkbox"/> 30 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 33 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 37 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 39 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 4 ans | 1 |
| <input type="checkbox"/> 40 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 5 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 6 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 7 | 1 |

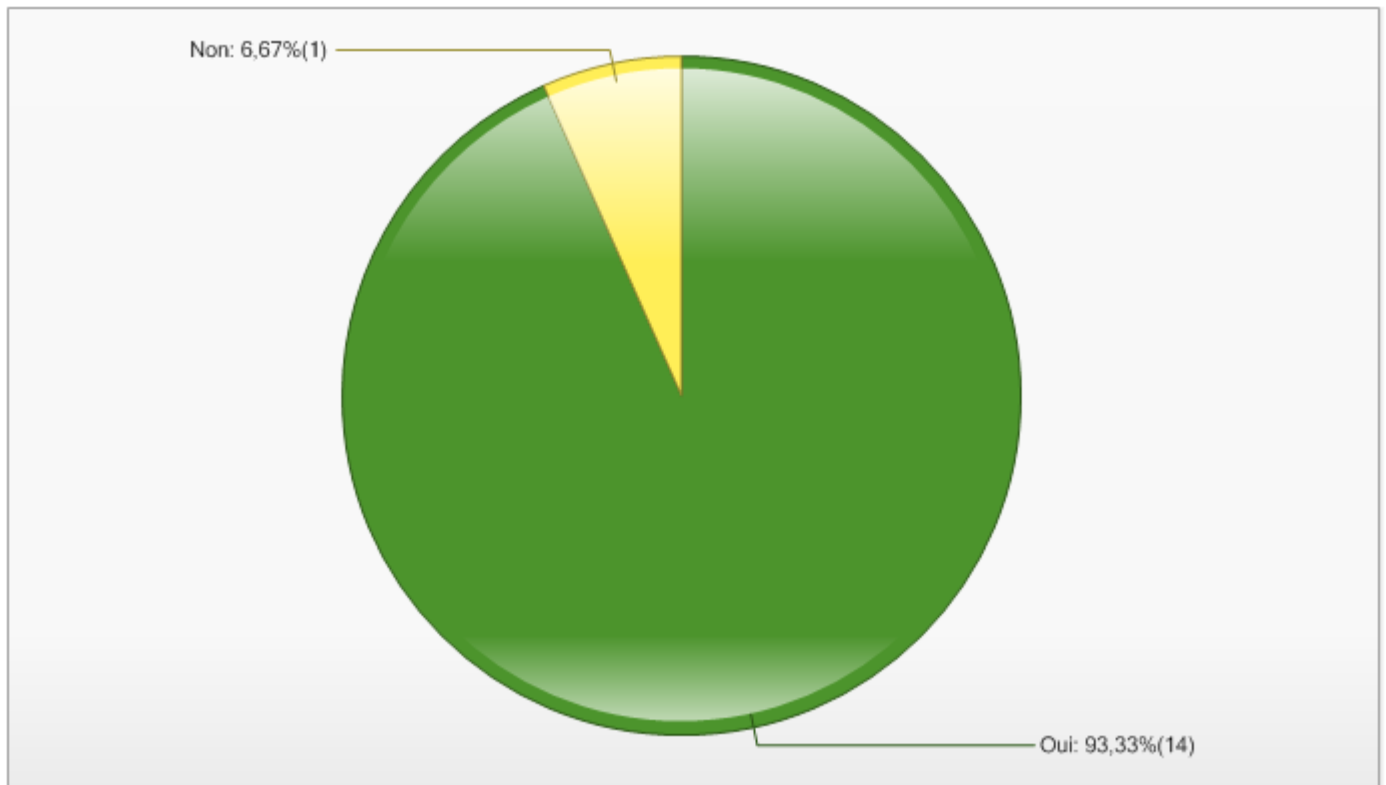
Votre lieu de travail (lieu principal) :



| | Effectif |
|-------------------------------|-----------|
| Ponchaillou BLOC | 8 |
| Ponchaillou CCP | 2 |
| Ponchaillou CUR | 2 |
| Ponchaillou Médecine du Sport | 0 |
| Hôpital Sud | 3 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------------------------|---------------|
| Ponchaillou BLOC | 53,3% |
| Ponchaillou CCP | 13,3% |
| Ponchaillou CUR | 13,3% |
| Ponchaillou Médecine du Sport | 0,0% |
| Hôpital Sud | 20,0% |
| TOTAL | 100,0% |

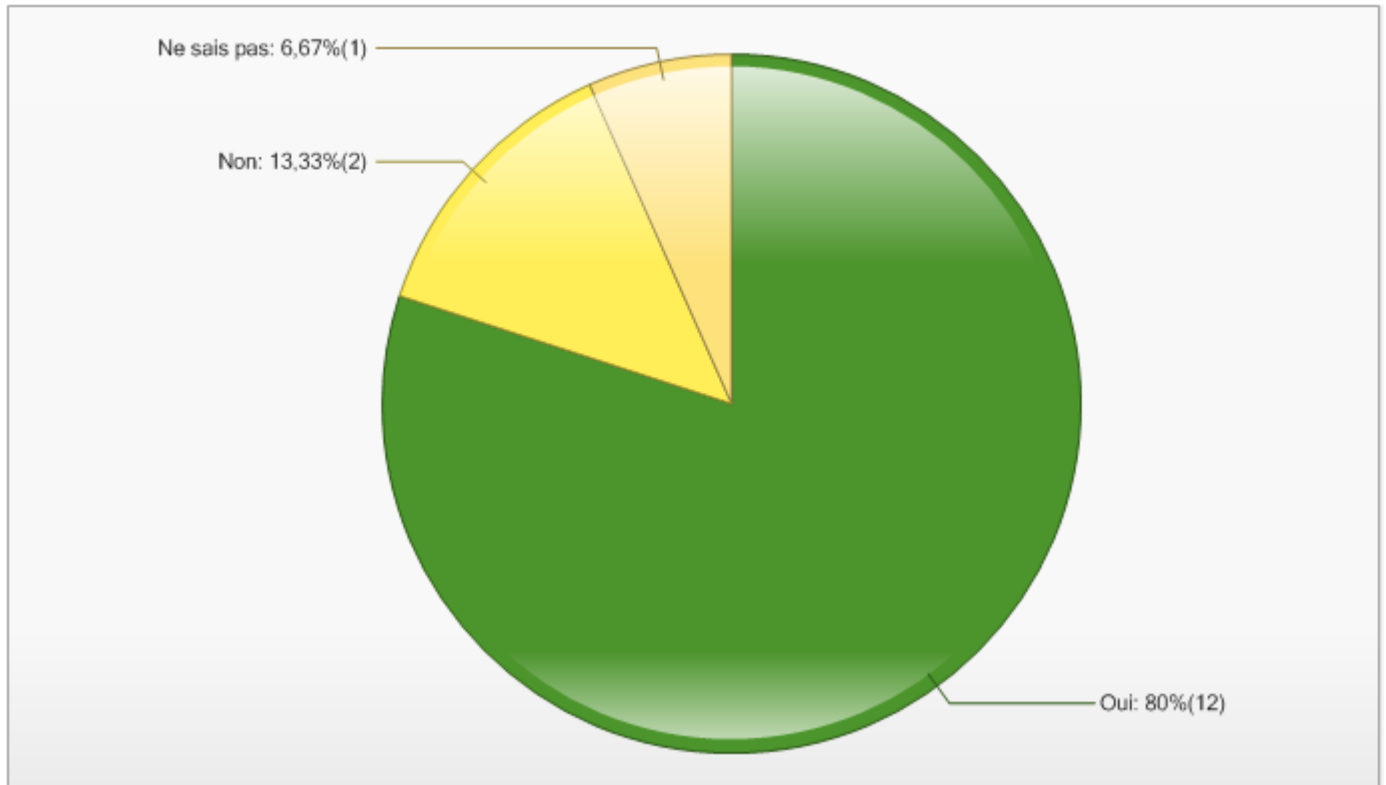
1. Le DD est-il officiellement inscrit dans le projet d'établissement 2012-2016 ?



| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 14 |
| Non | 1 |
| Ne sais pas | 0 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 93,3% |
| Non | 6,7% |
| Ne sais pas | 0,0% |
| TOTAL | 100,0% |

2. Y a-t-il une communication sur le développement durable dans l'établissement ?



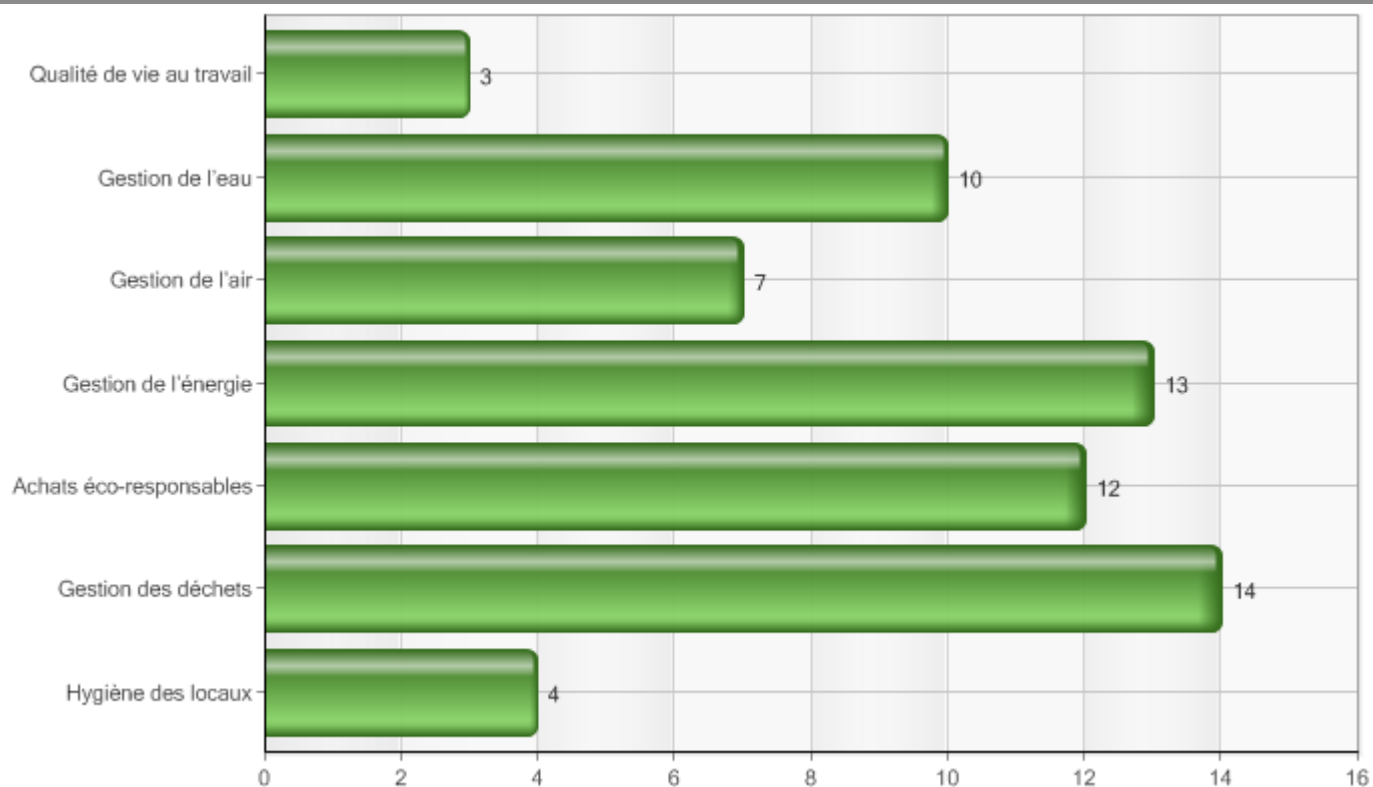
| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 12 |
| Non | 2 |
| Ne sais pas | 1 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 80,0% |
| Non | 13,3% |
| Ne sais pas | 6,7% |
| TOTAL | 100,0% |

Si oui, sur quel support ?

| | Effectif |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> intranet | 4 |
| <input type="checkbox"/> Intranet, bulletins de salaire, affichage | 1 |
| <input type="checkbox"/> Le courrier | 1 |
| <input type="checkbox"/> par mail de temps en temps. Par contre, sur l'intranet, absence d'évolution du site depuis 2011. | 1 |
| <input type="checkbox"/> Régulièrement dans le document s'intitulant "le courrier" joint au salaire | 1 |
| <input type="checkbox"/> Site du CHU et papier | 1 |
| <input type="checkbox"/> sur intranet | 1 |

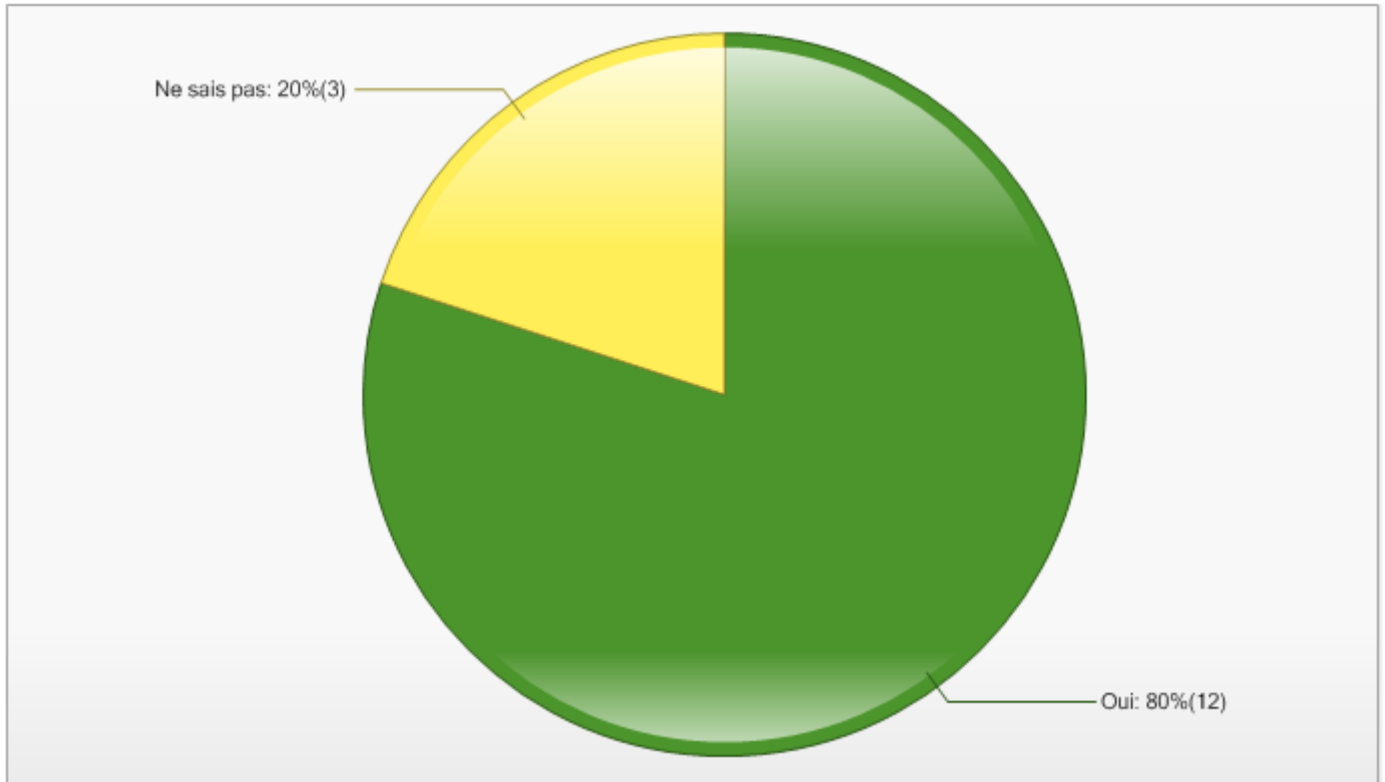
3. Cocher les cases qui évoquent pour vous le développement durable :



Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n=15)

| | Effectif | % |
|---------------------------|----------|-------|
| Qualité de vie au travail | 3 | 20,0% |
| Gestion de l'eau | 10 | 66,7% |
| Gestion de l'air | 7 | 46,7% |
| Gestion de l'énergie | 13 | 86,7% |
| Achats éco-responsables | 12 | 80,0% |
| Gestion des déchets | 14 | 93,3% |
| Hygiène des locaux | 4 | 26,7% |
| Autres : | 0 | 0,0% |

4. Existe-t-il un référent du développement durable dans l'établissement ?



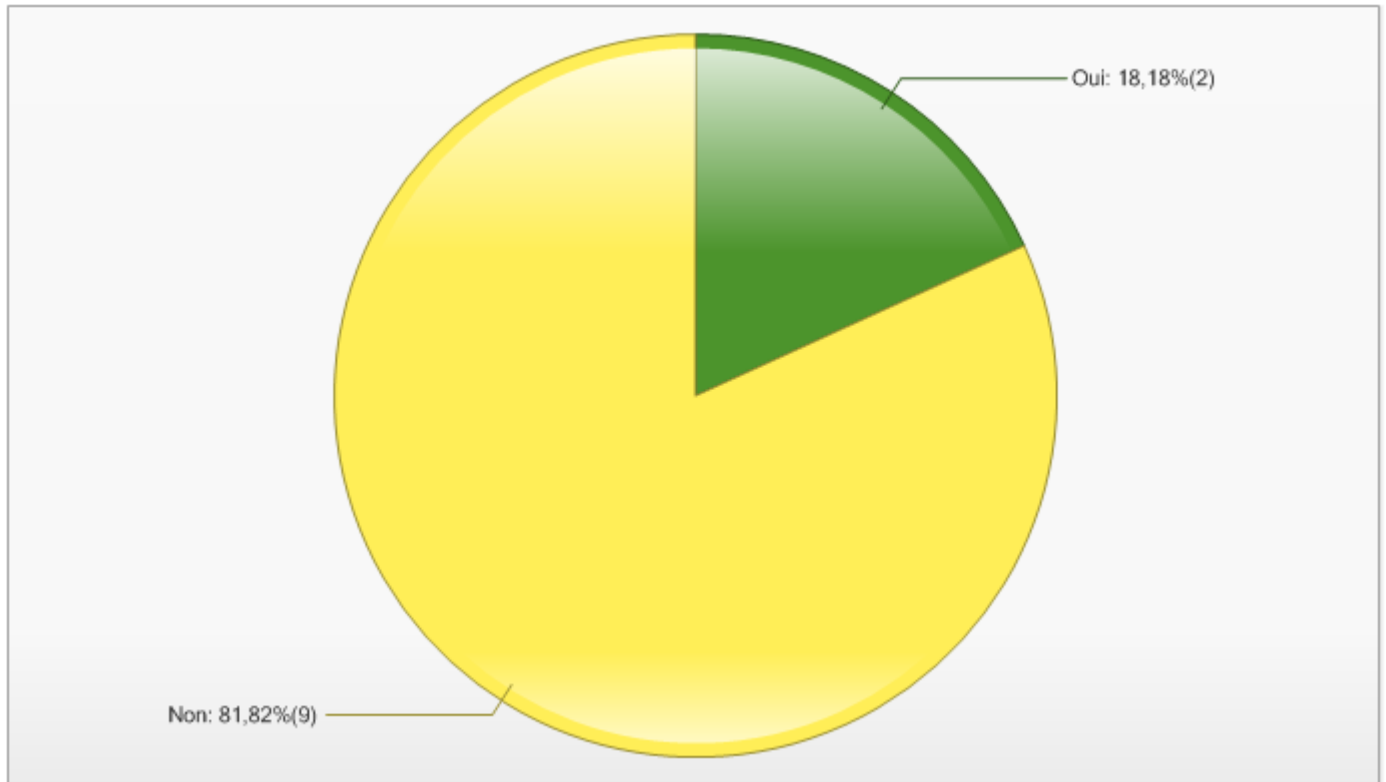
| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 12 |
| Non | 0 |
| Ne sais pas | 3 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 80,0% |
| Non | 0,0% |
| Ne sais pas | 20,0% |
| TOTAL | 100,0% |

- citer son nom ?

| | Effectif |
|------------------------------|----------|
| [] ???? | 1 |
| [] C; Meunier Imagerie | 1 |
| [] Catherine MEUNIER | 5 |
| [] Dr Catherine MEUNIER | 2 |
| [] Dr Meunier | 1 |
| [] Mr TAILLARD, Mme MEUNIER | 1 |

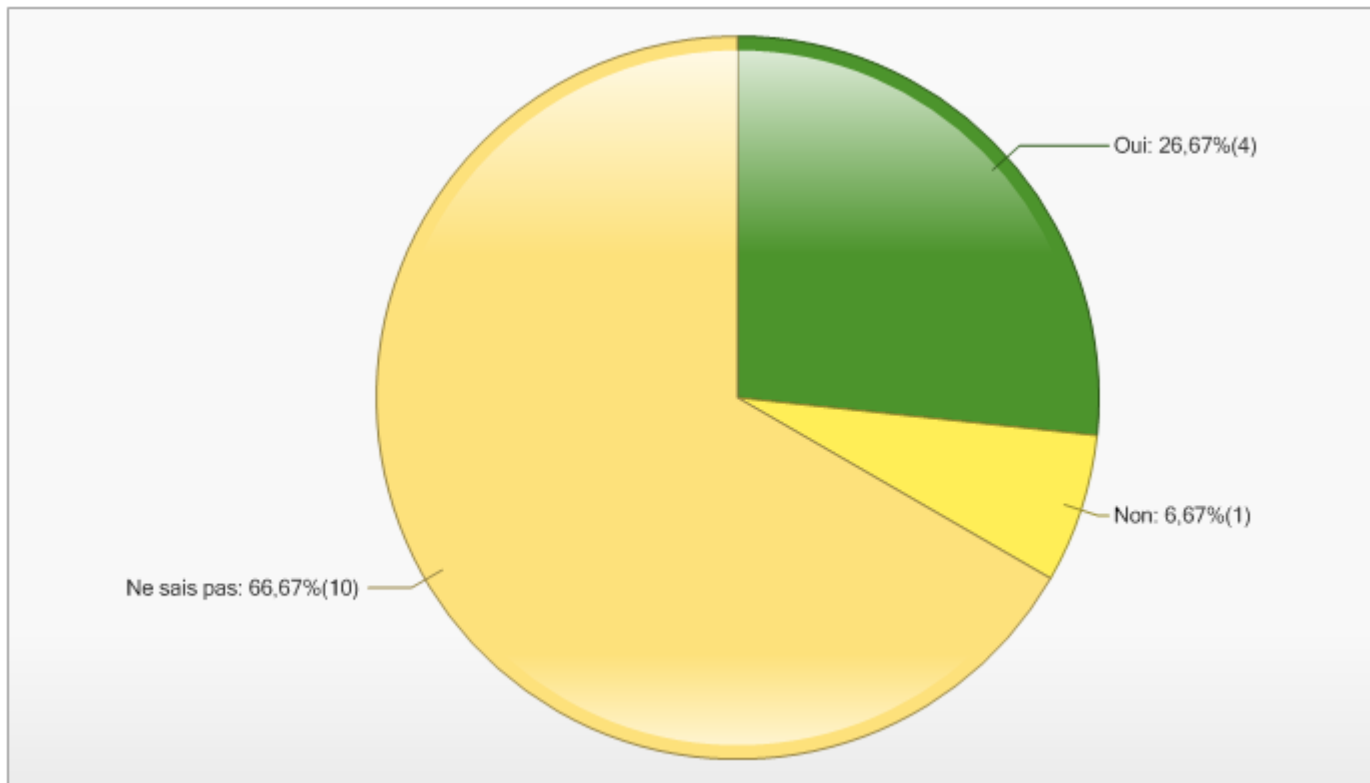
- dire s'il exerce à temps plein sur cette fonction ?



| | Effectif |
|-------|----------|
| Oui | 2 |
| Non | 9 |
| TOTAL | 11 |

| | % |
|-------|--------|
| Oui | 18,2% |
| Non | 81,8% |
| TOTAL | 100,0% |

5. L'établissement favorise-t-il des achats éco-responsables ?



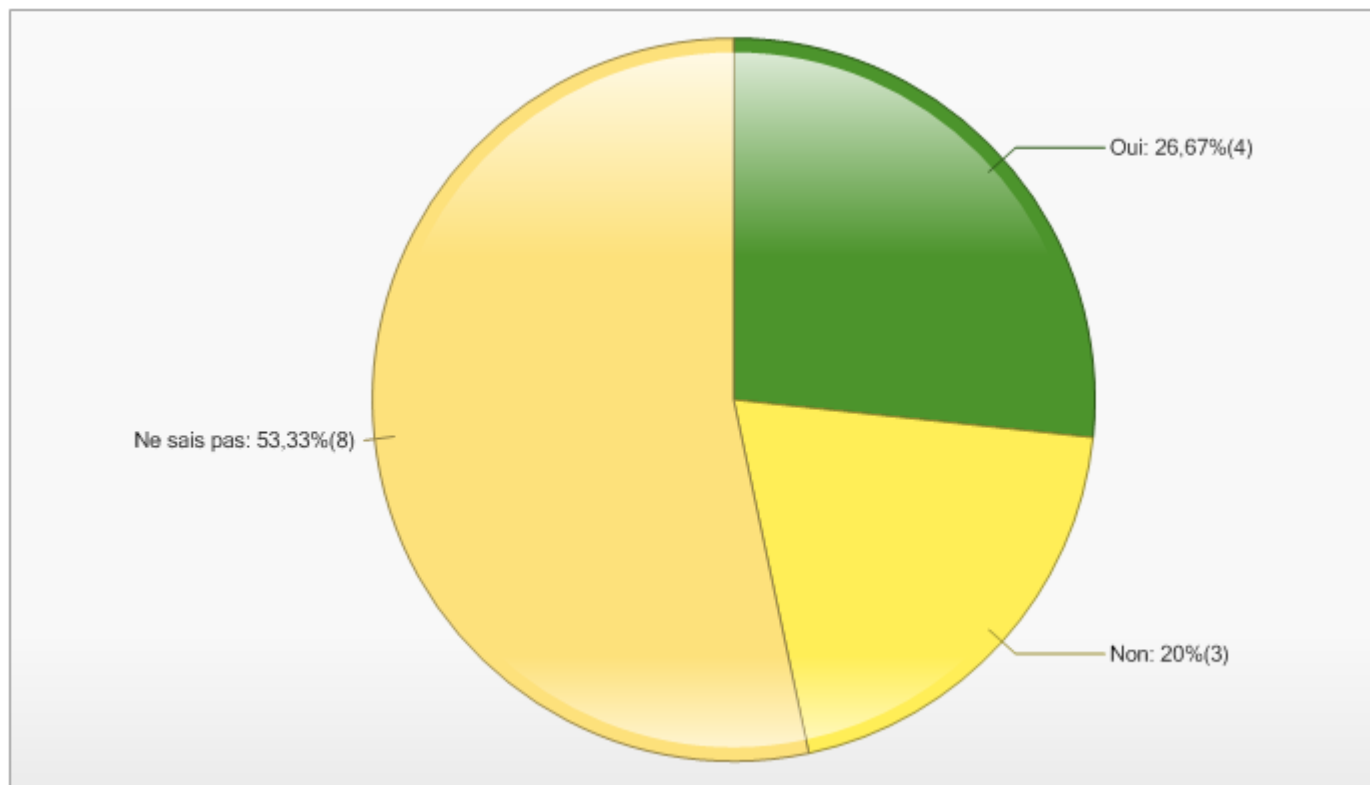
| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 4 |
| Non | 1 |
| Ne sais pas | 10 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 26,7% |
| Non | 6,7% |
| Ne sais pas | 66,7% |
| TOTAL | 100,0% |

Si oui, lesquels ?

| | Effectif |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> ENVELOPPES INTERNES de recyclage, poubelles | 1 |
| <input type="checkbox"/> Enveloppes navettes | 1 |

6. Y a-t-il une politique d'économie d'énergie dans l'établissement ?



| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 4 |
| Non | 3 |
| Ne sais pas | 8 |
| TOTAL | 15 |

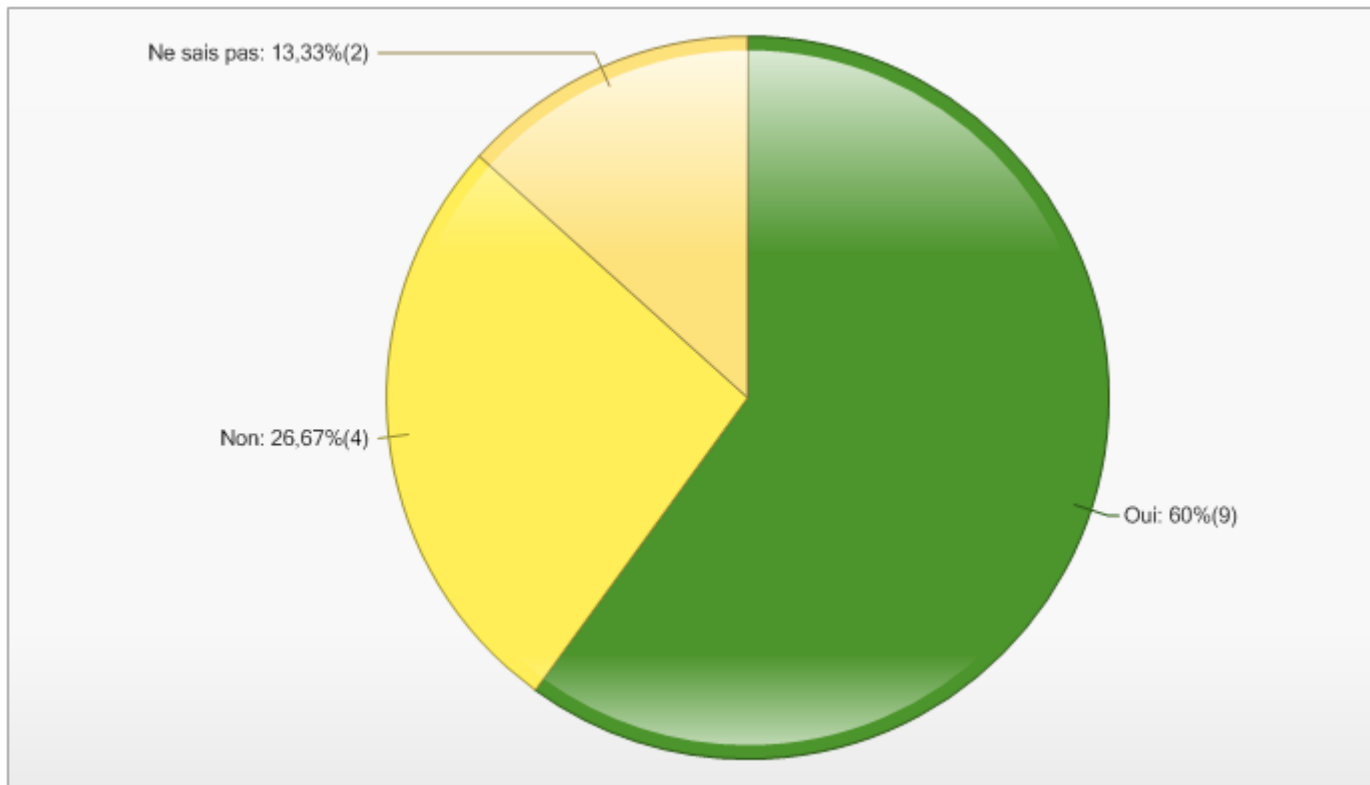
| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 26,7% |
| Non | 20,0% |
| Ne sais pas | 53,3% |
| TOTAL | 100,0% |

Si oui, laquelle ?

| | Effectif |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> actions personnelles dans le service | 1 |
| <input type="checkbox"/> J'espère qu'il en existe une (*) | 1 |
| <input type="checkbox"/> minuteur | 1 |
| <input type="checkbox"/> Recyclage | 1 |

(*) personne ayant répondu « ne sais pas »

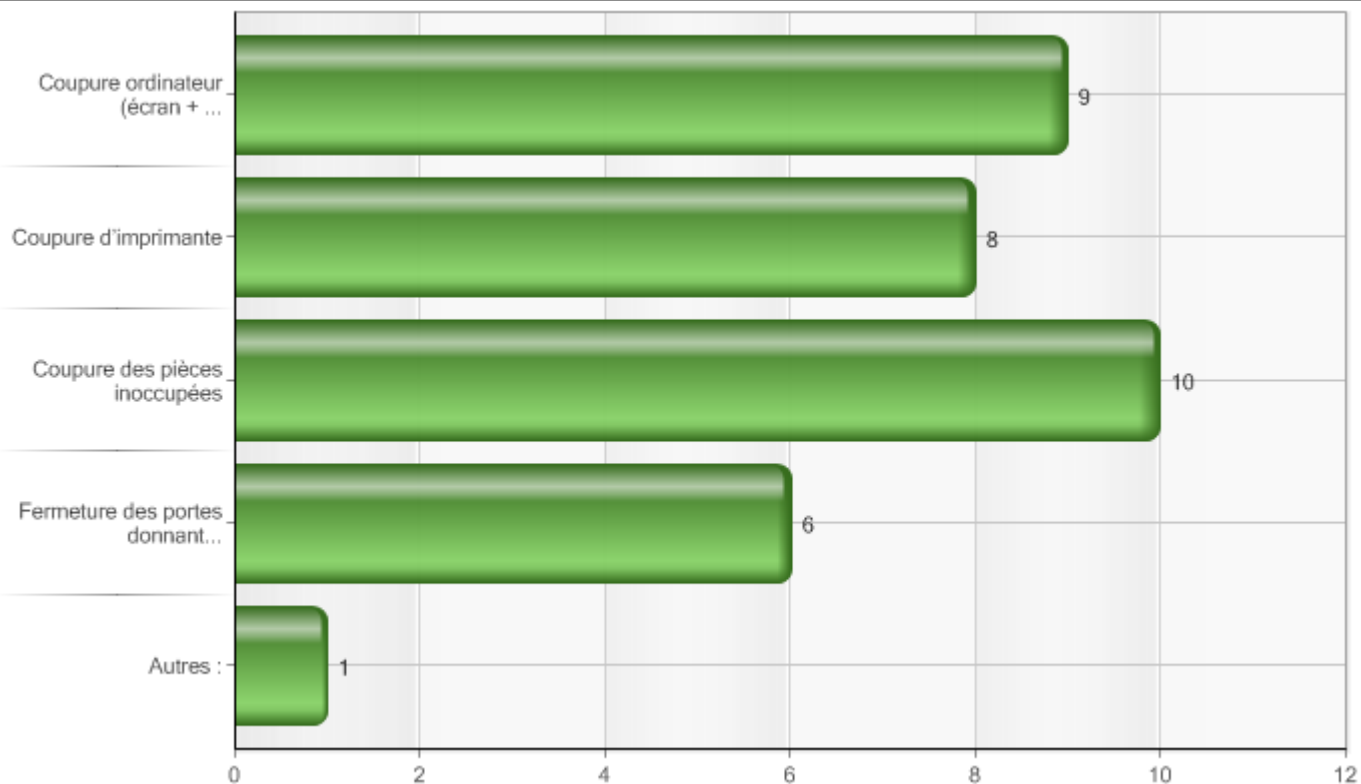
6bis. Et dans votre service ?



| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 9 |
| Non | 4 |
| Ne sais pas | 2 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 60,0% |
| Non | 26,7% |
| Ne sais pas | 13,3% |
| TOTAL | 100,0% |

Si oui, lesquelles :



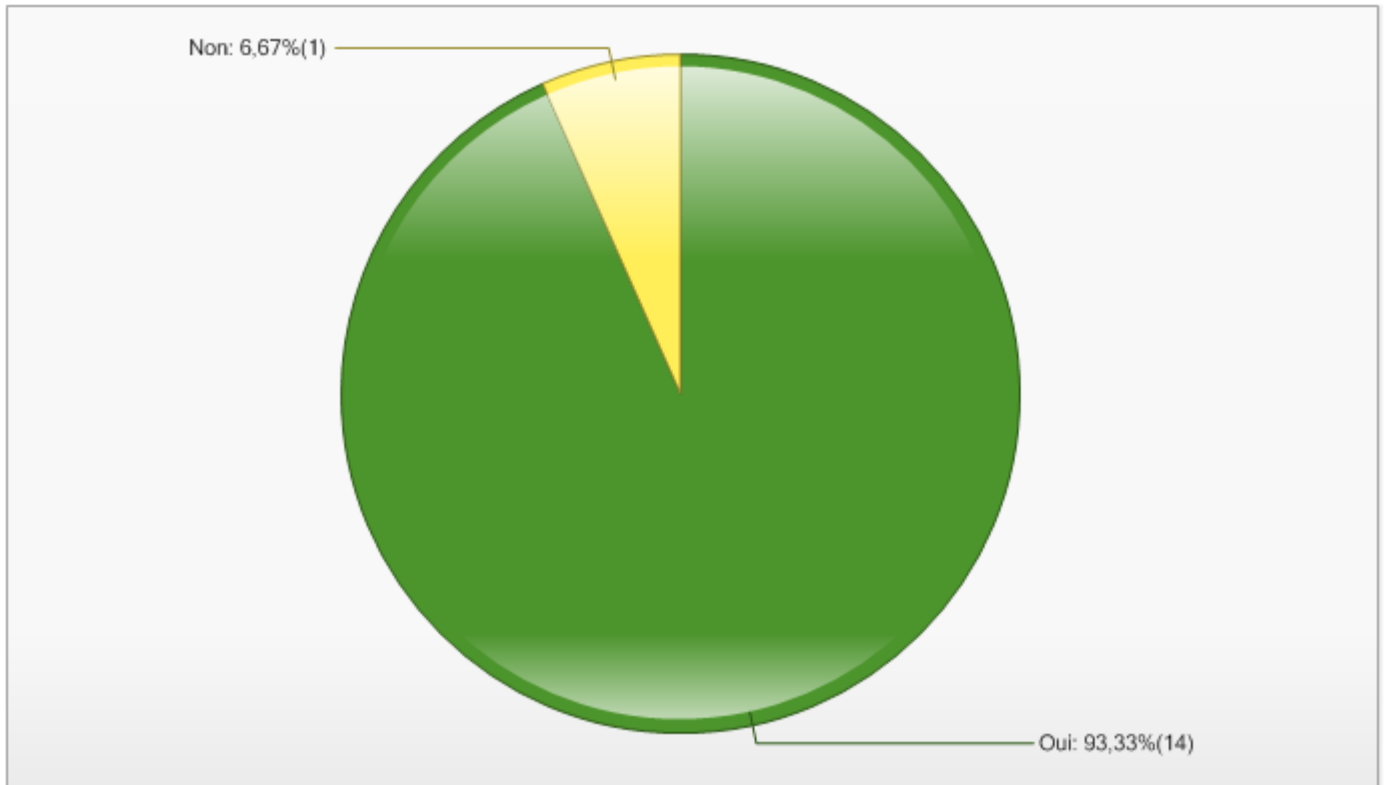
Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n=10)
 (n = 10 → n=9 « oui » + 1 « Ne sais pas »)

| | Effectif | % |
|--|----------|--------|
| Coupure ordinateur (écran + unité centrale) | 9 | 90,0% |
| Coupure d'imprimante | 8 | 80,0% |
| Coupure des pièces inoccupées | 10 | 100,0% |
| Fermeture des portes donnant sur l'extérieur et des fenêtres | 6 | 60,0% |
| Autres (*) | 1 | 10,0% |

(*) Verbatim

coupure photocopieur 1

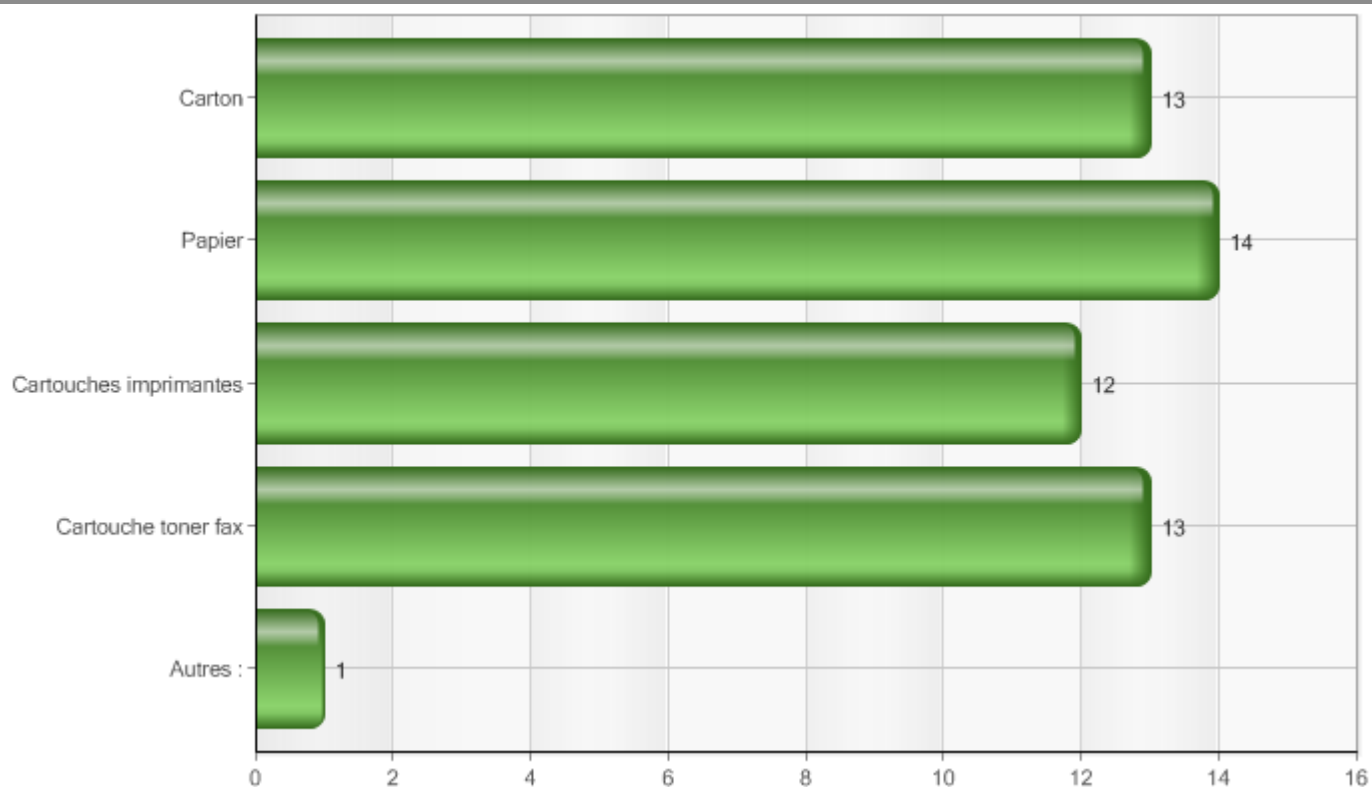
7. Faites-vous usage du tri sélectif au sein de votre unité ?



| | Effectif |
|-------|----------|
| Oui | 14 |
| Non | 1 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------|--------|
| Oui | 93,3% |
| Non | 6,7% |
| TOTAL | 100,0% |

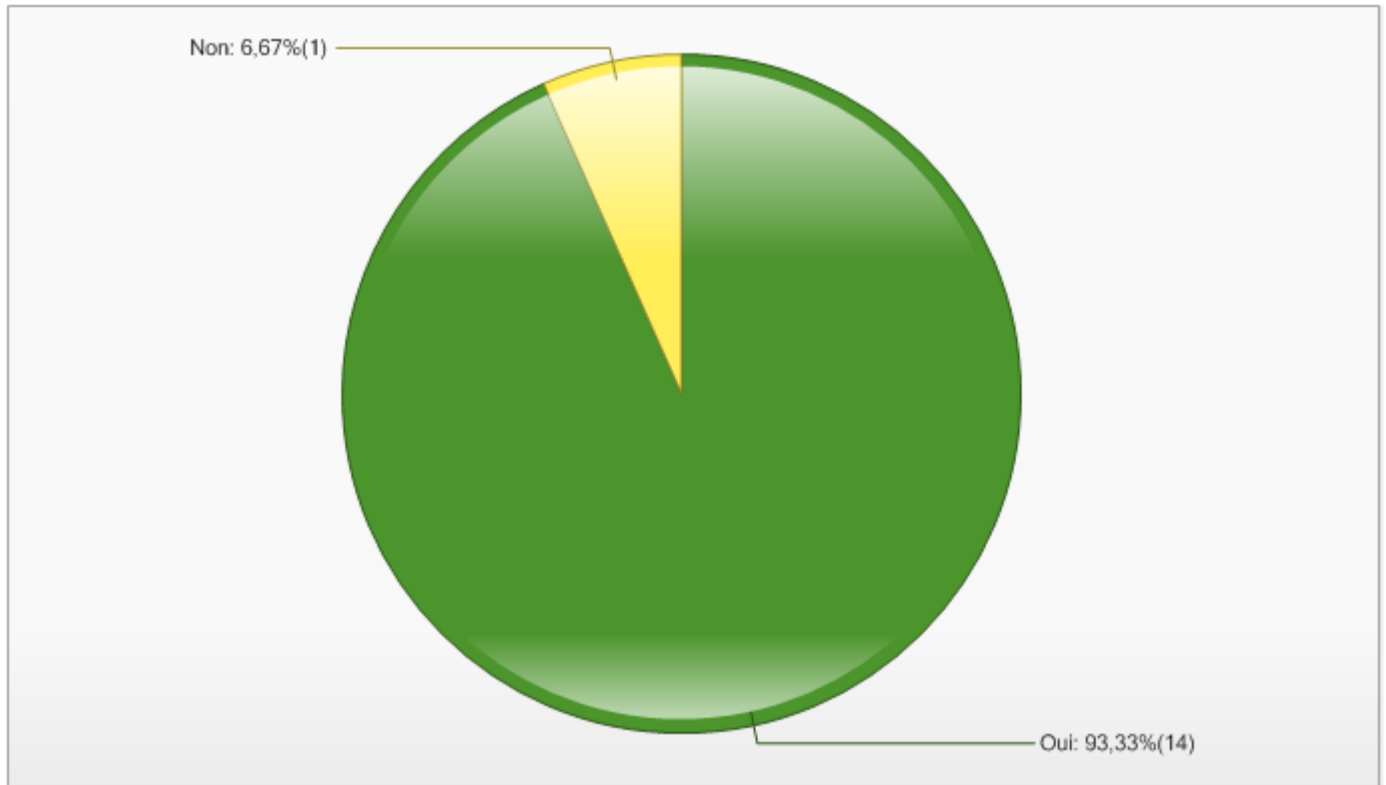
Si oui :



Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n = 14)

| | Effectif | % |
|------------------------|----------|--------|
| Carton | 13 | 92,9% |
| Papier | 14 | 100,0% |
| Cartouches imprimantes | 12 | 85,7% |
| Cartouche toner fax | 13 | 92,9% |
| Autres (*) | 1 | 7,1% |
| Verbatim (*) | | |
| Enveloppes | 1 | |

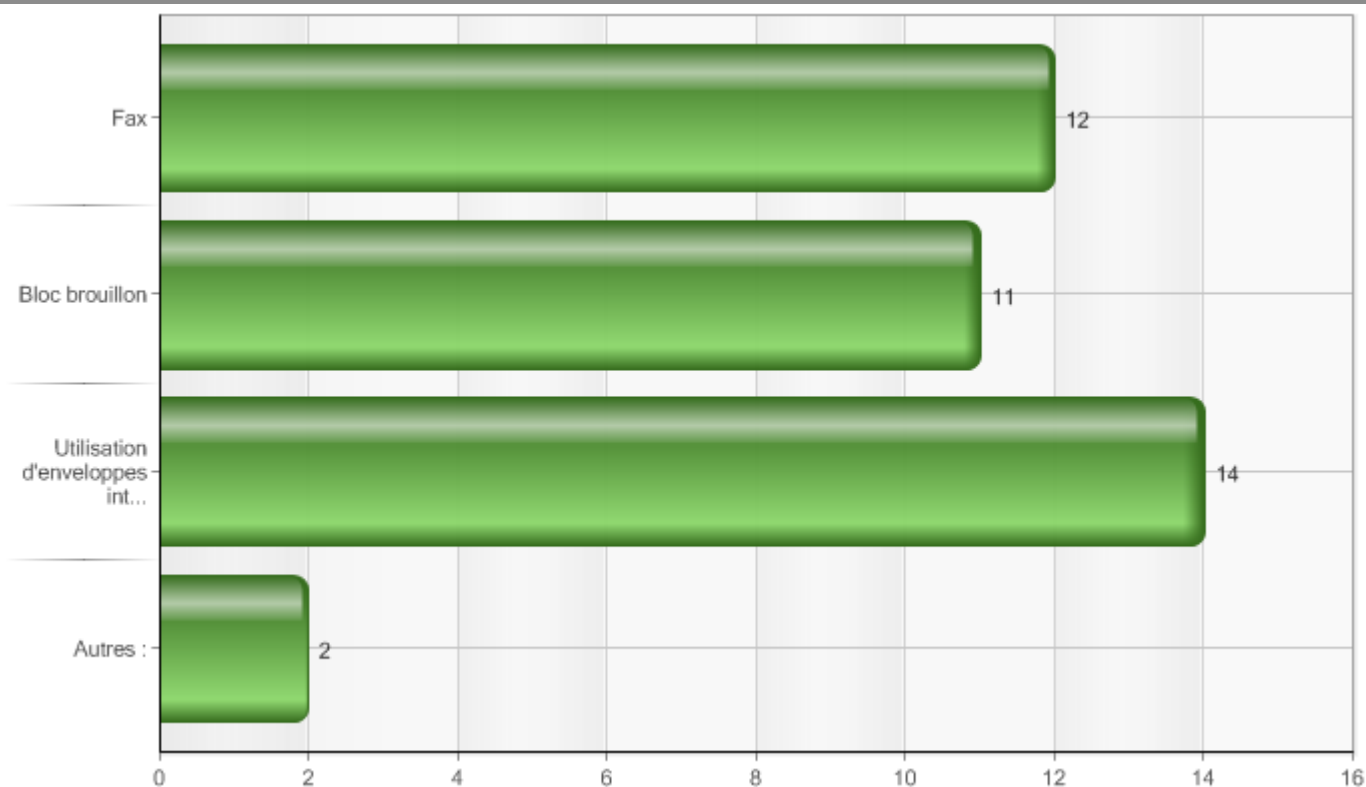
7bis. Recyclez-vous le papier ?



| | Effectif |
|-------|----------|
| Oui | 14 |
| Non | 1 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------|--------|
| Oui | 93,3% |
| Non | 6,7% |
| TOTAL | 100,0% |

Si oui :



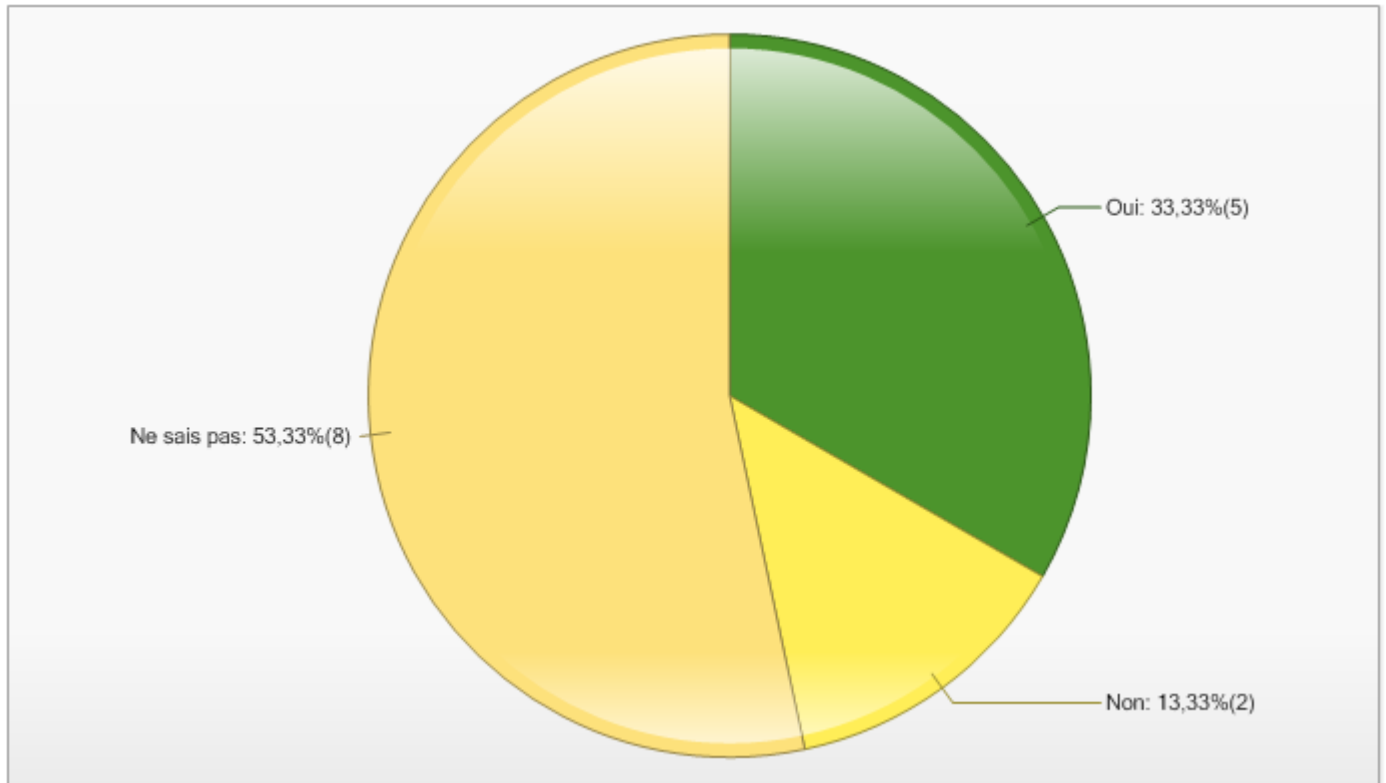
Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n = 14)

| | Effectif | % |
|-----------------------------------|----------|--------|
| Fax | 12 | 85,7% |
| Bloc brouillon | 11 | 78,6% |
| Utilisation d'enveloppes internes | 14 | 100,0% |
| Autres (*) | 2 | 14,3% |

Verbatim (*)

| | |
|--------------------------------|---|
| impression imprimante au verso | 1 |
| impression recto verso | 1 |

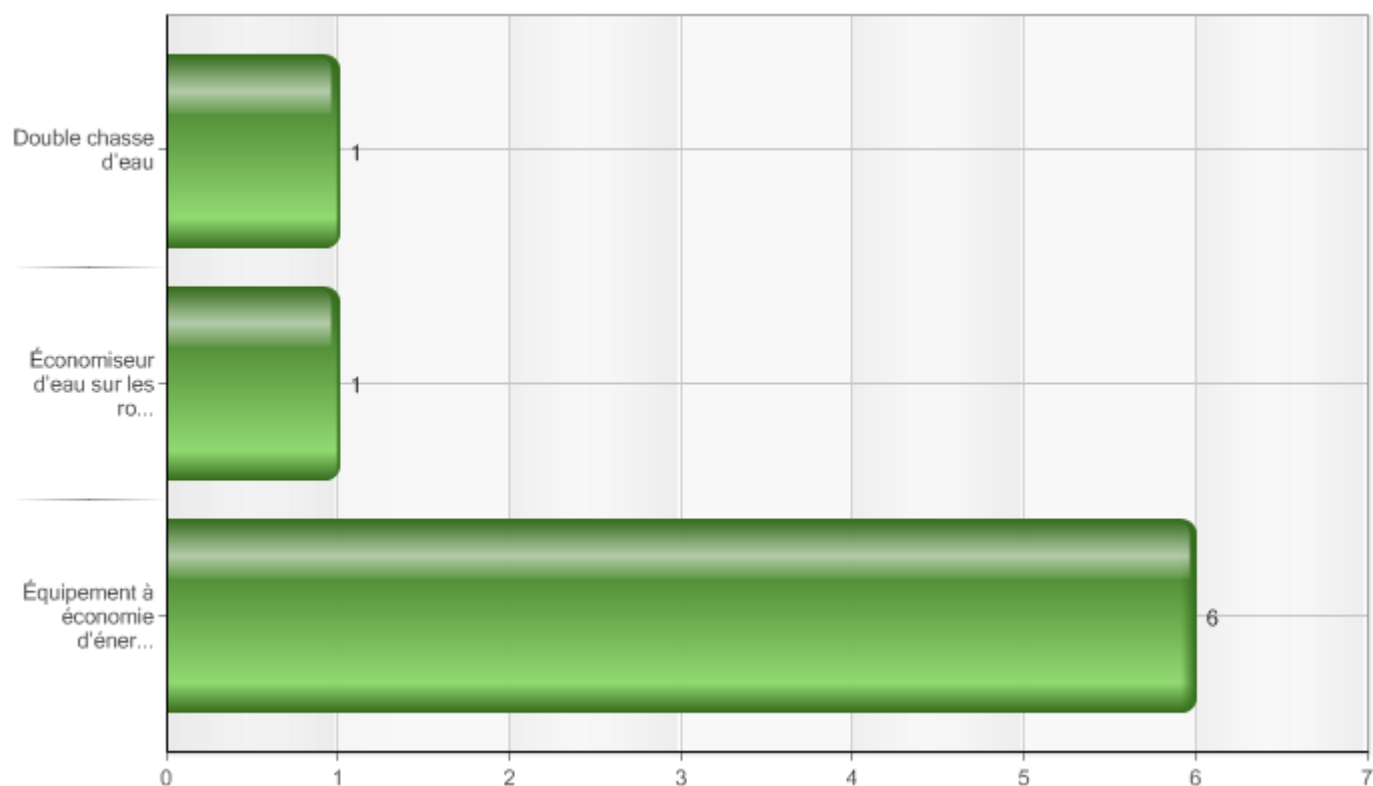
8. L'établissement dispose-t-il de mécanismes permettant de limiter l'utilisation des ressources naturelles ?



| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 5 |
| Non | 2 |
| Ne sais pas | 8 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 33,3% |
| Non | 13,3% |
| Ne sais pas | 53,3% |
| TOTAL | 100,0% |

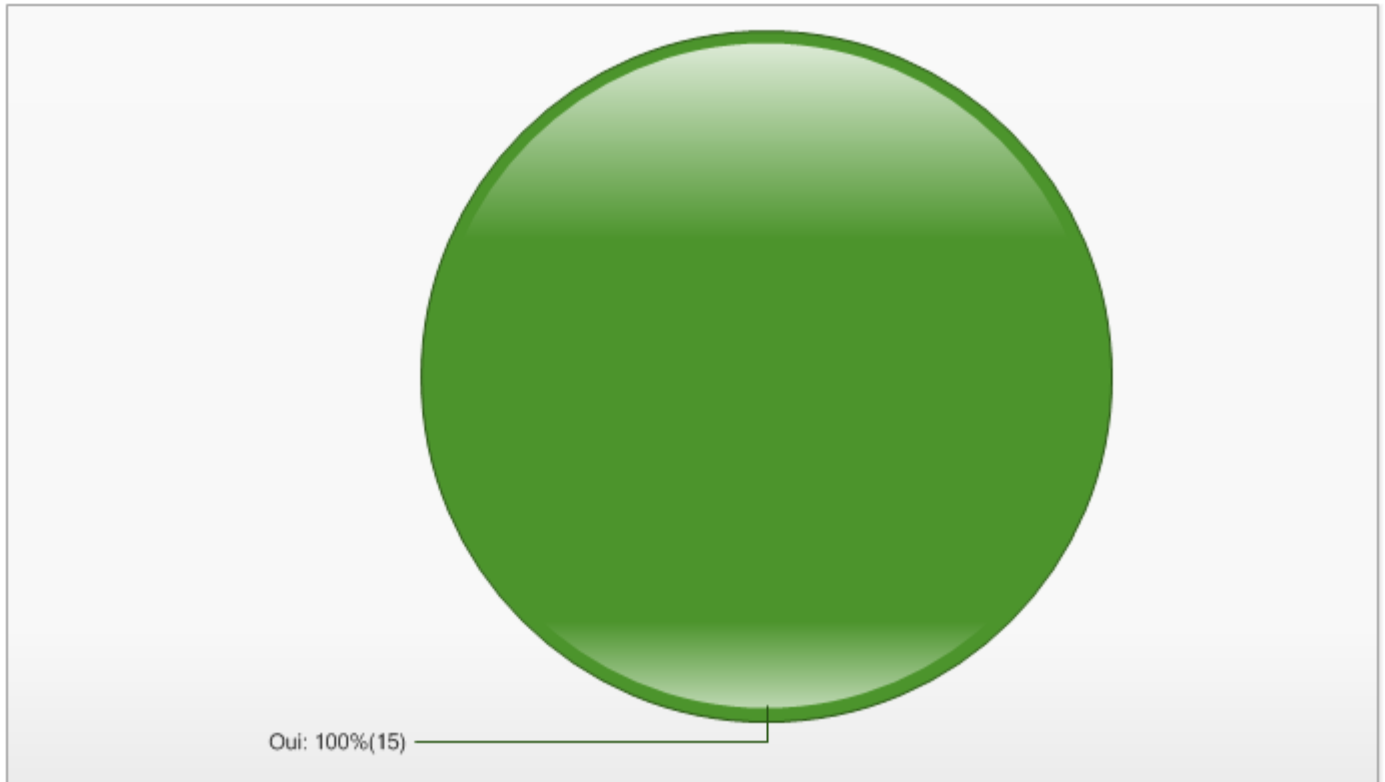
Si oui :



Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n = 6)
 (n = 6 → n=5 « oui » + 1 « Ne sais pas »)

| | Effectif | % |
|---|----------|--------|
| Double chasse d'eau | 1 | 16,7% |
| Économiseur d'eau sur les robinets | 1 | 16,7% |
| Équipement à économie d'énergie (photocopieurs, ordinateurs, ampoules...) | 6 | 100,0% |
| Utilisation d'énergies renouvelables | 0 | 0,0% |
| Autres | 0 | 0,0% |

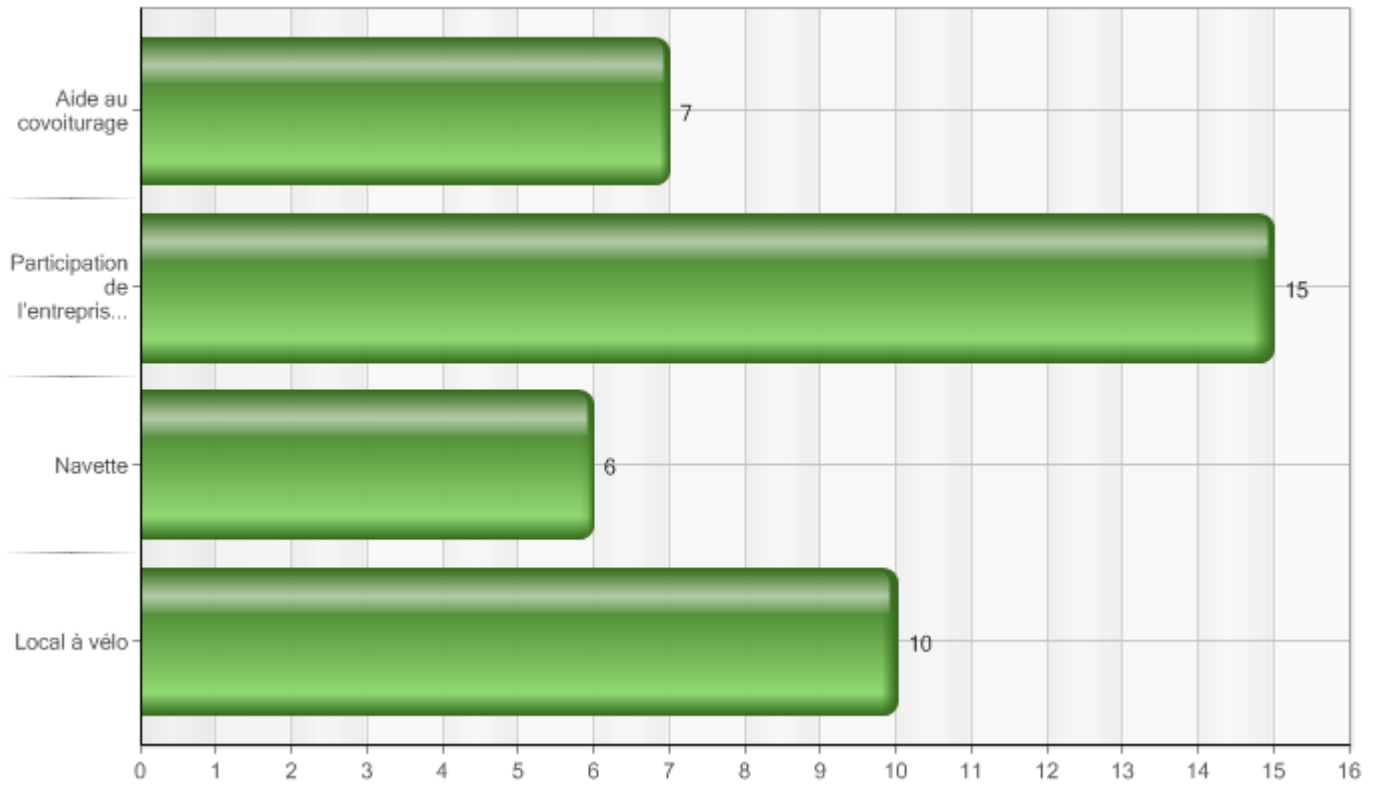
9. Existe-t-il une politique d'aide au transport dans l'établissement ?



| | Effectif |
|-------|----------|
| Oui | 15 |
| Non | 0 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------|--------|
| Oui | 100,0% |
| Non | 0% |
| TOTAL | 100,0% |

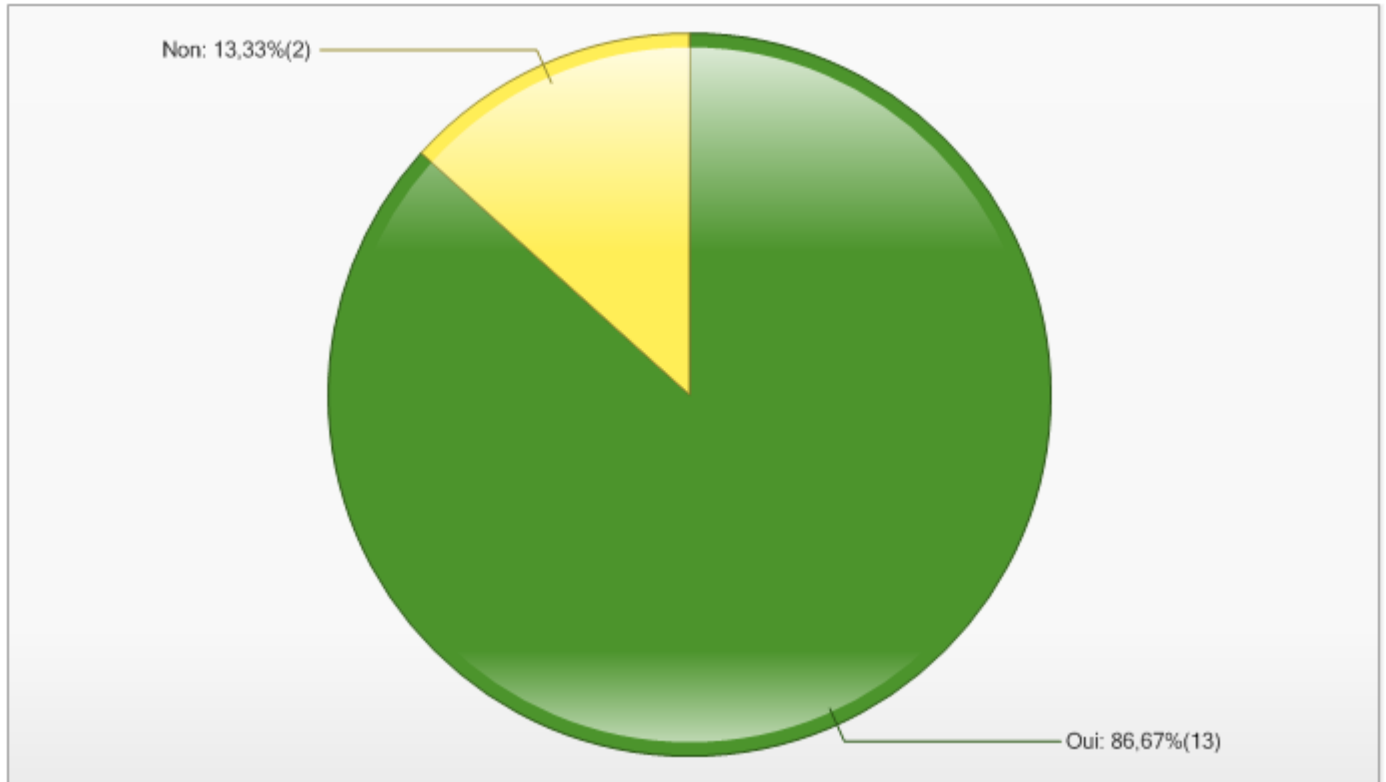
Si oui :



Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n = 15)

| | Effectif | % |
|--|----------|--------|
| Aide au covoiturage | 7 | 46,7% |
| Participation de l'entreprise aux transports en commun | 15 | 100,0% |
| Navette | 6 | 40,0% |
| Local à vélo | 10 | 66,7% |
| Autres | 0 | 0,0% |

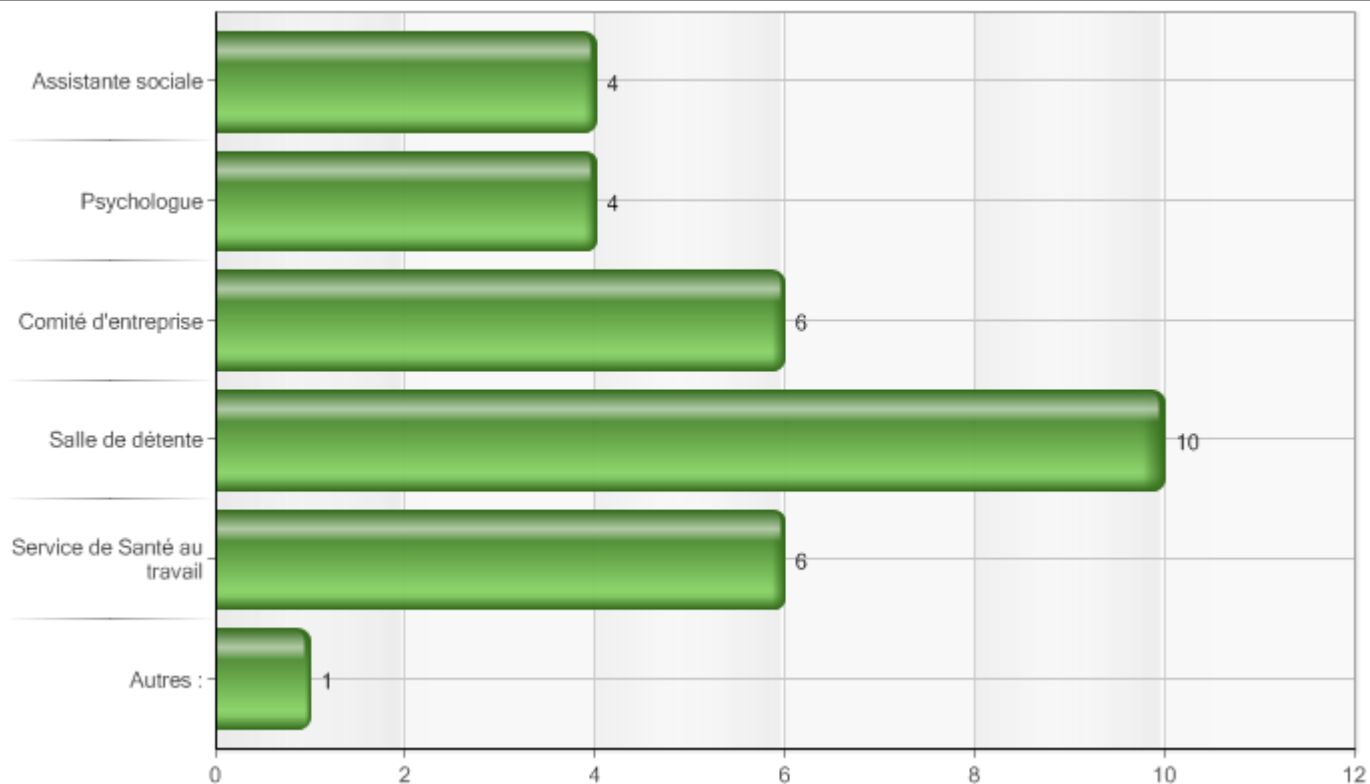
10. Avez-vous accès à des prestations sociales (ou un accompagnement social) au sein de l'établissement ?



| | Effectif |
|-------|----------|
| Oui | 13 |
| Non | 2 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------|--------|
| Oui | 86,7% |
| Non | 13,3% |
| TOTAL | 100,0% |

Si oui :



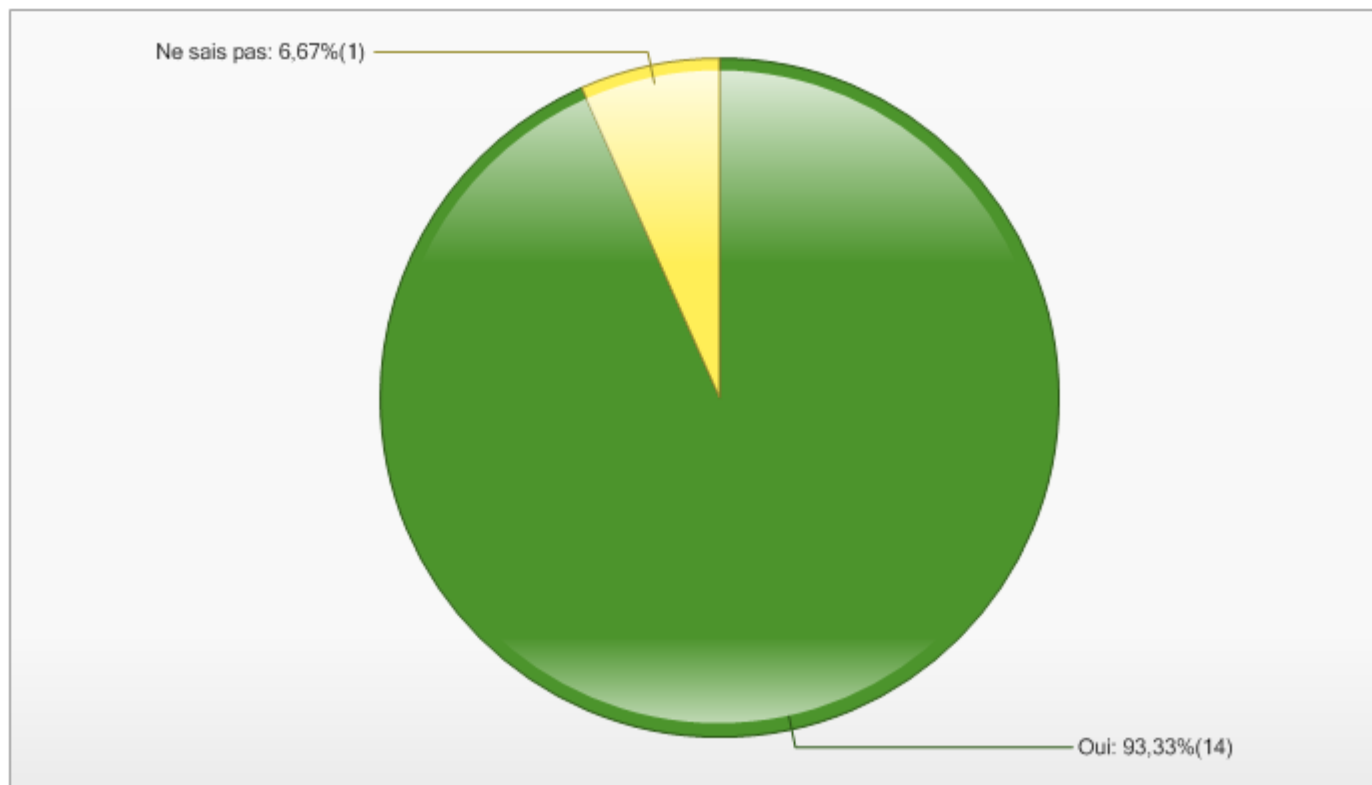
Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n = 13)

| | Effectif | % |
|-----------------------------|----------|-------|
| Assistante sociale | 4 | 30,8% |
| Psychologue | 4 | 30,8% |
| Comité d'entreprise | 6 | 46,2% |
| Salle de détente | 10 | 76,9% |
| Service de Santé au travail | 6 | 46,2% |
| Autres (*) | 1 | 7,7% |

Verbatim (*)

CGOS 1

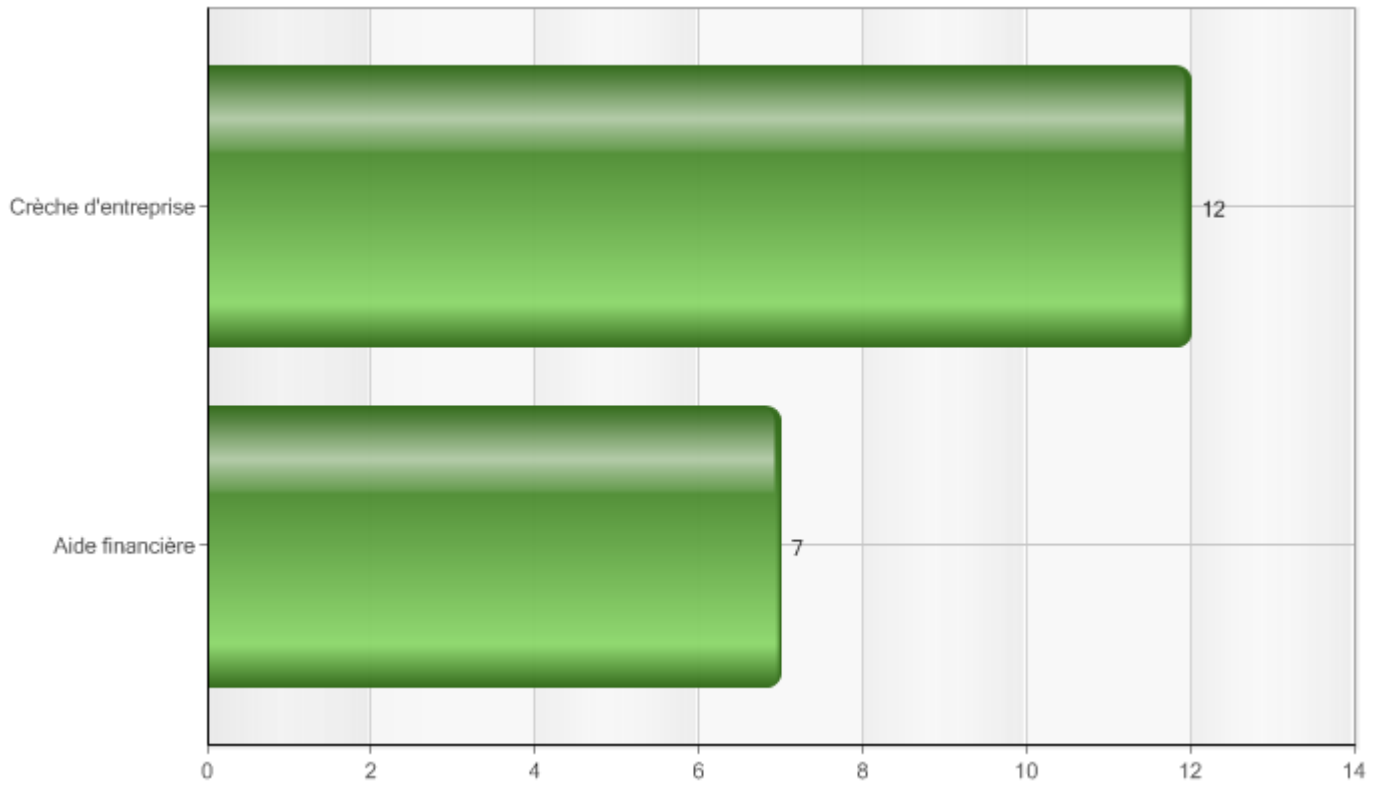
11. L'établissement propose-t-il une aide à la garde d'enfants ?



| | Effectif |
|-------------|----------|
| Oui | 14 |
| Non | 0 |
| Ne sais pas | 1 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|-------------|--------|
| Oui | 93,3% |
| Non | 0% |
| Ne sais pas | 6,7% |
| TOTAL | 100,0% |

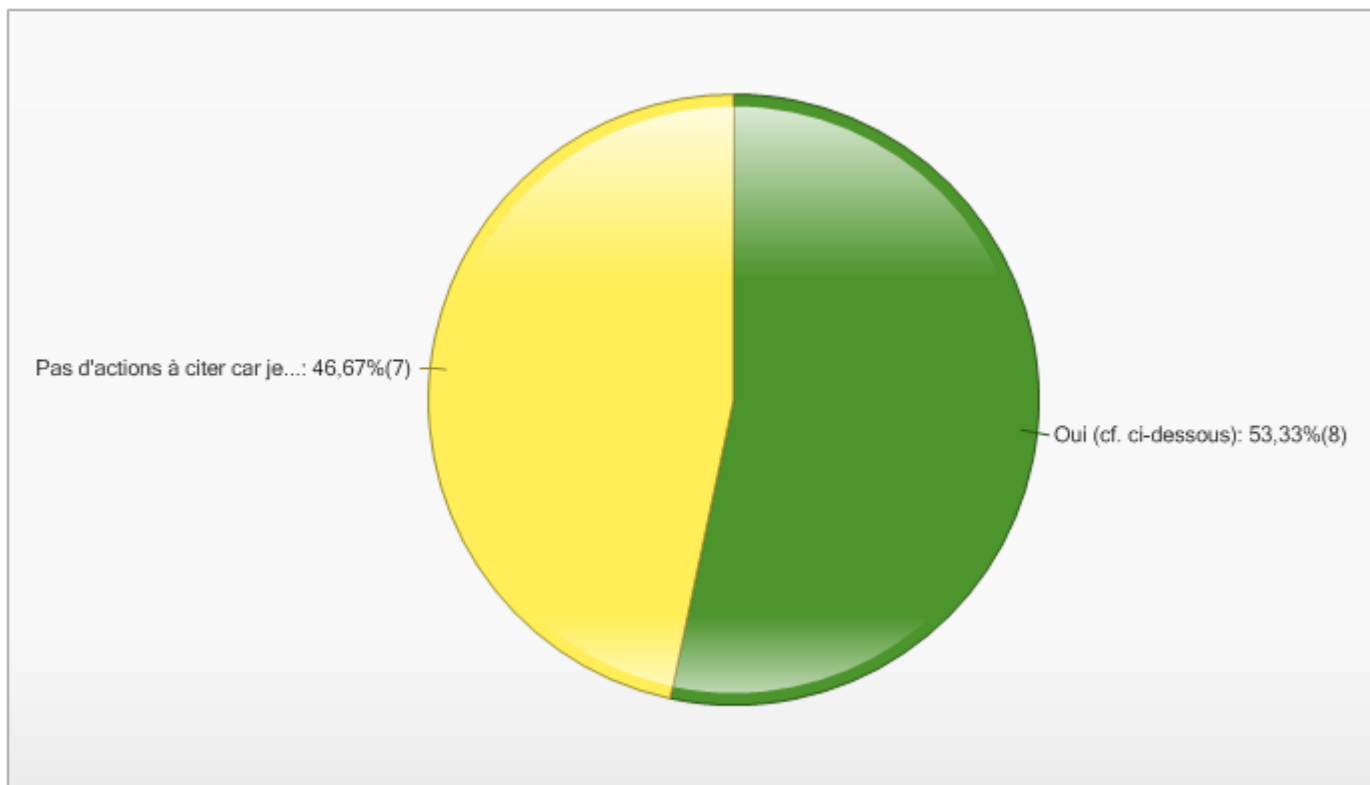
Si oui, comment ?



Calcul du % par rapport au nombre de personnes répondants (n = 14)

| | Effectif | % |
|--|----------|-------|
| Crèche d'entreprise | 12 | 85,7% |
| Aide financière | 7 | 50,0% |
| Crèche familiale | 0 | 0,0% |
| Aide à la recherche d'un mode de garde | 0 | 0,0% |
| Autres | 0 | 0,0% |

12. Pouvez-vous citer des actions en lien avec le développement durable qui sont actuellement mises en place au sein de votre service ?



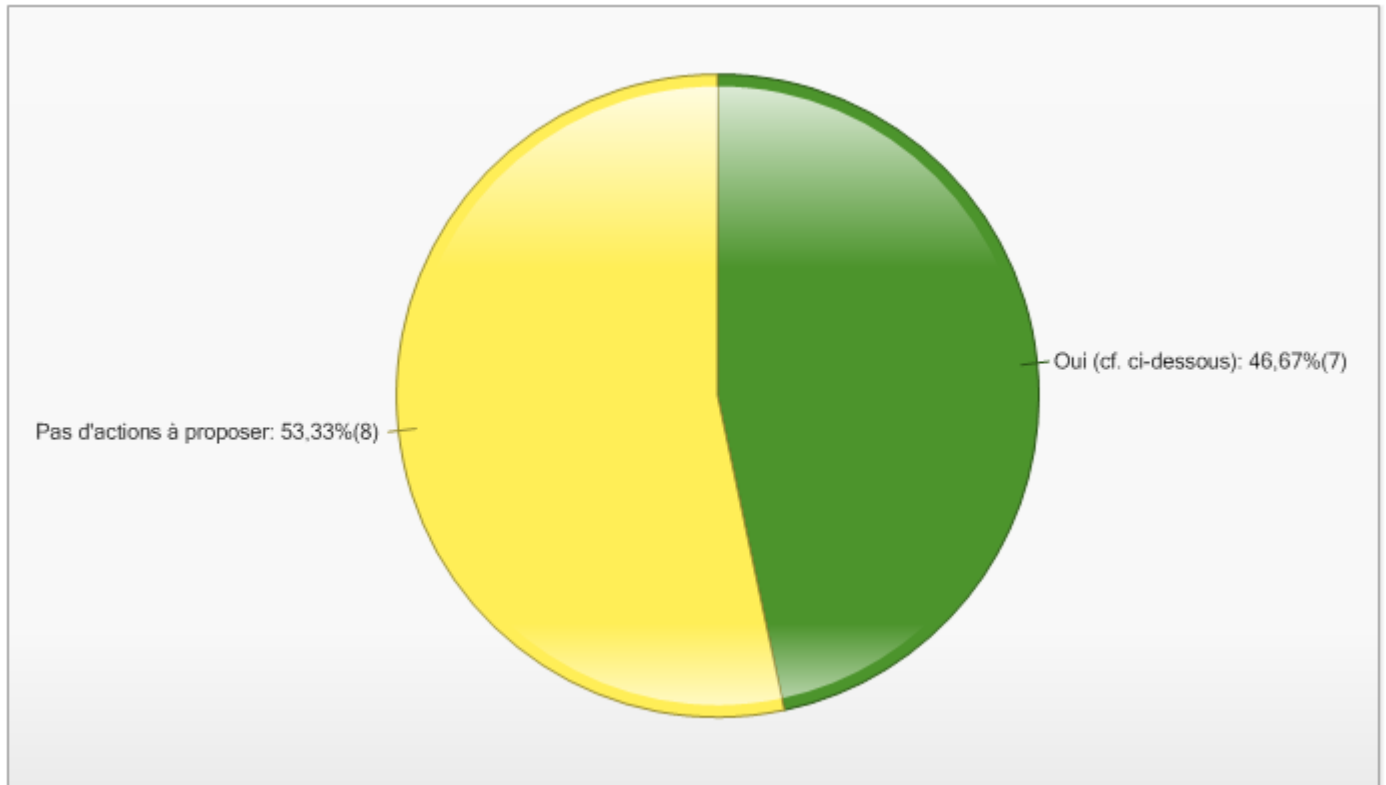
| | Effectif |
|--|-----------|
| Oui (cf. ci-dessous) | 8 |
| Pas d'actions à citer car je ne sais pas | 7 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|--|-------------|
| Oui (cf. ci-dessous) | 53,3% |
| Pas d'actions à citer car je ne sais pas | 46,7% |
| TOTAL | 100% |

- Actions en lien avec le développement durable qui sont actuellement mises en place au sein de votre service :

| | Effectif |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Le tri sélectif Les fontaines à eau. | 1 |
| <input type="checkbox"/> Poubelle de tri. | 1 |
| <input type="checkbox"/> récupération du papier pour le fax utilisation des enveloppes réutilisables | 1 |
| <input type="checkbox"/> recyclage du papiers notamment des fax | 1 |
| <input type="checkbox"/> Recyclage papier dans le fax, bloc brouillon à base de papier brouillon, utilisation d'enveloppes internes,Récupération d'enveloppes,économie d'énergie | 1 |
| <input type="checkbox"/> Recyclage papier Utilisation d'enveloppes navettes | 1 |
| <input type="checkbox"/> recyclage papier, coupure ordinateur, enveloppe réutilisable | 1 |
| <input type="checkbox"/> Tri sélectif comme coché plus haut : récupération papier pour fax (utilisationr recto-verso), récupération des cartouches d'imprimante, | 1 |

13. Pouvez-vous proposer des actions qui, pour vous, entreraient dans le cadre du développement durable au sein de votre service ?



| | Effectif |
|--------------------------|----------|
| Oui (cf. ci-dessous) | 7 |
| Pas d'actions à proposer | 8 |
| TOTAL | 15 |

| | % |
|--------------------------|-------|
| Oui (cf. ci-dessous) | 46,7% |
| Pas d'actions à proposer | 53,3% |
| TOTAL | 100% |

- Propositions d'actions :

| | Effectif |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> - economiseur d'eau - ampoule LED - tri déchets dans office (verre, carton...) - produits d'entretien écologiques... | 1 |
| <input type="checkbox"/> adapter la température du service, il fait toujours trop chaud : dans le bureau où je suis, il fait au minimum 26° (radiateur fermé), obligation d'ouvrir la fenêtre pour faire baisser la température | 1 |
| <input type="checkbox"/> double chasse d'eau, interrupteur "minuté" pour certains pièces, mise en veille automatique d'appareils longtemps non utilisés(photocopieurs, ordinateurs, imprimantes) | 1 |
| <input type="checkbox"/> Eviter les fournitures de mauvaise qualité qui entraînent une surconsommation. | 1 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'éclairage | 1 |
| <input type="checkbox"/> Produits d'entretien moins nocifs et tout aussi efficace. Demande d'examen par mail et non plus par fax. Plus d'envoi de courrier mettre les résultats sur serveur. | 1 |
| <input type="checkbox"/> Voir ci dessus | 1 |

Commentaires éventuels :

| | Effectif |
|--|----------|
| [] Quel est le rapport des questions 10 et 11 avec le développement durable ? | 1 |



CHIFFRES CLÉS 2011

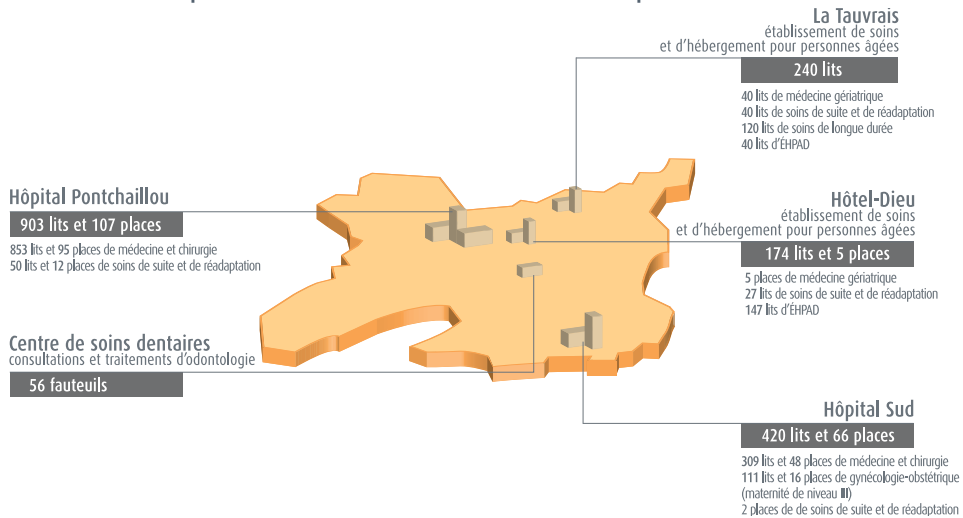




LE CHU DE RENNES

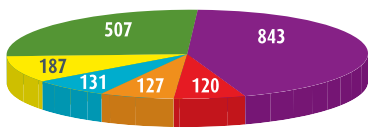
LE CHU DE RENNES : 5 SITES DANS LA VILLE

- Une capacité d'hospitalisation de 1 737 lits et 178 places
- 16 pôles d'activités médicales et médico-techniques



CAPACITÉ D'ACCUEIL

Nombre de lits et places par spécialités



1 737 lits et 178 places

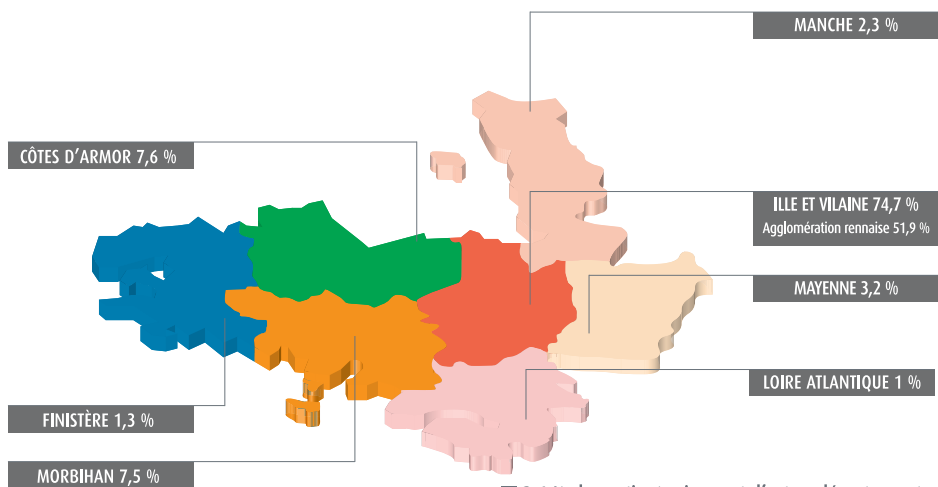
- Médecine
- Chirurgie
- Gynéco-Obstétrique
- SSR
- SLD
- ÉHPAD



CHIFFRES CLÉS 2011

2
3

ATTRACTIVITÉ



■ 2,4 % des patients viennent d'autres départements



LES ACTIVITÉS DE SOINS

ACTIVITÉ DE SOINS ET FRÉQUENTATION

Hospitalisation

524 774 journées d'hospitalisation dont 381 181 en court séjour
 220 969 en médecine,
 129 641 en chirurgie,
 30 571 en gynécologie-obstétrique
 34 864 journées de soins de suite et réadaptation

117 490 venues et séances dont 10 192 en dialyse rénale

Maternité

4 124 accouchements
 4 252 naissances

Structures pour personnes âgées

42 843 journées en unités de soins de longue durée
 65 886 journées d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

| Taux d'occupation | 2010 | 2011 | Durée moyenne de séjour | 2010 | 2011 |
|---|------|------|-------------------------|-------|-------|
| Moyen du CHU | 90 % | 90 % | Moyenne CHU en jours | 8,27 | 8,12 |
| Médecine chirurgie obstétrique | 88 % | 87 % | MCO | 6,12 | 5,99 |
| Soins de suite et réadaptation | 92 % | 94 % | SSR | 36,41 | 42,62 |
| Unités de soins de longue durée | 98% | 98 % | | | |
| Hébergement personnes âgées dépendantes | 99 % | 97 % | | | |



Consultations

447 228 consultations en médecine, chirurgie gynécologie-obstétrique

40 289 passages au centre de soins dentaires

Urgences générales et spécialisées

| | 2010 | 2011 |
|---|----------------------------|----------------------------|
| | Nombre de passages/service | Nombre de passages/service |
| Urgences générales adultes | 46 931 | 48 776 |
| Urgences cardiologiques | 4 648 | 4 798 |
| Urgences gynécologiques et obstétriques | 17 231 | 17 593 |
| Urgences pédiatriques | 24 921 | 27 731 |
| Total passages | 93 731 | 98 898 |

4
5

Centre 15 - SAMU 35

| Activités | 2010 | 2011 | Évolution |
|--|---------|---------|-----------|
| Nombre d'appels entrants | 249 888 | 269 611 | + 7 % |
| Nombre de dossiers régulés | 133 440 | 135 741 | + 1,70 % |
| Nombre de sorties terrestres primaires* | 2 993 | 2 864 | - 4 % |
| Nombre de sorties terrestres secondaires** | 1 759 | 1 954 | + 11 % |
| Nombre de sorties aériennes primaires | 14 | 18 | + 28,50 % |
| Nombre de sorties aériennes secondaires | 39 | 49 | + 25,60 % |

* Transport du lieu de prise en charge du patient vers l'hôpital

** Transfert entre établissements

Activités de biologie et d'imagerie

Activité des laboratoires exprimée en lettres clés B et P : **143 638 760**

Actes principaux d'imagerie et explorations fonctionnelles* : **45 272**

IRM : **14 247** forfaits techniques

Scanners : **40 340** forfaits techniques

* actes principaux selon la classification commune des actes médicaux pour le PMSI (voir site <http://www.atih.sante.fr>)



LES ACTIVITÉS MÉDICALES

Activité opératoire et interventionnelle

10 205 080 Indices de coût relatif (ICR)^{***}

^{***}(ICR) moyen de mesure du niveau d'activité de structures médico-techniques. L'ICR est un outil de calcul des coûts moyens/groupe homogène de malades (comptabilité analytique hospitalière).

42 857 interventions
(blocs opératoires, salles de naissance, salles techniques) dont
27 161 interventions chirurgicales (dont **25 %** en ambulatoire)

6 425 endoscopies digestives
2 020 explorations cardiovasculaires et métaboliques
1 786 coronarographies
695 angioplasties
89 interventions de lithotritie

Activité de prélèvement et de transplantation

38 prélèvements
107 greffes de foie
79 greffes de rein
53 greffes de moelle osseuse
17 greffes de cœur
514 ponctions d'ovocytes pour FIV
1 071 transferts embryonnaires

INDICATEURS QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

| INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES * | 2011 |
|---|---------|
| Score agrégé [reflet global de la lutte contre les infections nosocomiales] | 94/100 |
| indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales | 98/100 |
| Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques [hygiène des mains] | 124/100 |
| Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire | 89/100 |
| indicateur composite de bon usage des antibiotiques | 95/100 |
| indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes | 76/100 |
| Indice triennal de SARM - staphylococcus aureus résistant à la méticilline [taux triennal 2009-2011/1 000 journées • niveau de risque] | 0,38 |

*note ou score sur 100 (voir sante.gouv.fr/infectionsnosocomiales).

| INDICATEURS DOSSIERS MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE * | 2011 |
|--|--------|
| Tenue du dossier patient [partage d'informations au cours d'une hospitalisation] | 65/100 |
| Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation [communication avec le médecin traitant] | 41 % |
| Traçabilité de l'évaluation de la douleur [mesure de la douleur] | 56 % |
| Dépistage des troubles nutritionnels [mesure du poids] | 59 % |
| Tenue du dossier anesthésique [Partage d'informations dans le cadre d'une anesthésie] | 76/100 |
| Prescriptions médicamenteuses après un infarctus du myocarde | 90/100 |
| Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde | 70 % |
| Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie | 92 % |

*pourcentage ou score de conformité aux critères qualité attendus par le référentiel IPAQSS de la HAS.

| INDICATEURS DOSSIERS SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION * | 2011 |
|--|--------|
| Tenue du dossier patient [Partage d'informations au cours d'une hospitalisation] | 72/100 |
| Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation [Communication avec le médecin traitant] | 35 % |
| Traçabilité de l'évaluation de la douleur [mesure de la douleur] | 16 % |
| Dépistage des troubles nutritionnels [mesure du poids] | 63 % |

*pourcentage ou score de conformité aux critères qualité attendus par le référentiel IPAQSS de la HAS.



LES ACTIVITÉS LOGISTIQUES

Dossiers médicaux

Nombre de dossiers gérés par le SDIM : **1 210 980** dont 67 820 créations
170 160 dossiers communiqués (+8,69 %)

Téléphone

1 567 101 appels traités par le standard

Maintenance biomédicale

9 500 interventions assurées par les techniciens du CHU, soit 17 000 heures
546 000 € de pièces détachées
2 678 000 € de maintenance sous traitée (dont 1 485 000 € pour l'imagerie)

Blanchisserie

3 383 tonnes de linge traité : (13,4 tonnes/jour)

Restauration

1 752 360 repas servis, dont 68 % aux patients et 32 % au personnel

Transports des biens et personnes

154 véhicules en circulation
1 889 977 kilomètres parcourus
55 179 transports sanitaires assurés par le CHU

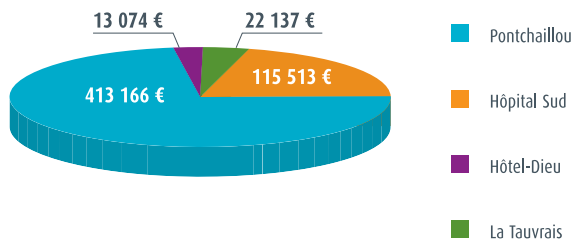
Gestion des déchets

1 903 tonnes dont 4 % de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)

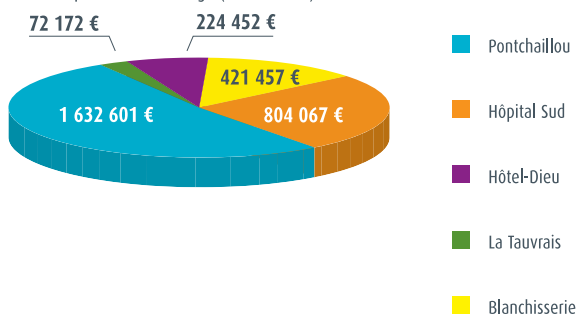
ACTIVITÉS LOGISTIQUES

Énergies consommées

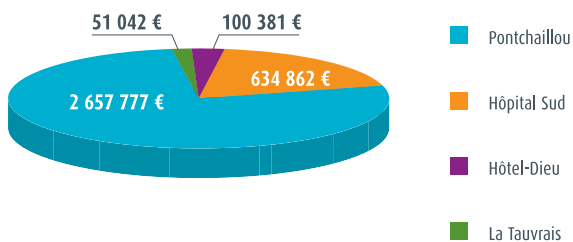
Énergies CHU 2011
total des dépenses en eau (260 111 m³) : 563 840 €



Énergies CHU 2011
total des dépenses en chauffage (45 709 MWh) : 3 154 709 €



Énergies CHU 2011
total des dépenses en électricité (37 514 818 kWh) : 3 444 062 €



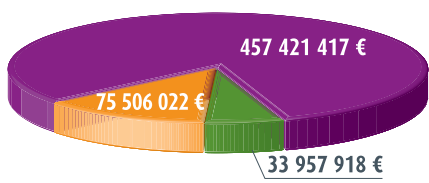


LES RESSOURCES

RESSOURCES FINANCIÈRES

Budget général

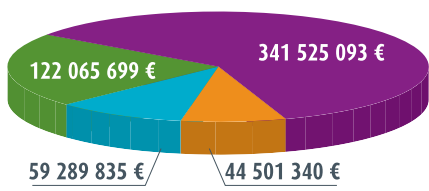
Les recettes 2011 : 566 885 357 €



- produits versés par l'assurance maladie
- autres produits de l'activité hospitalière
- autres produits

Budget général

Les dépenses 2011 : 567 381 967 €

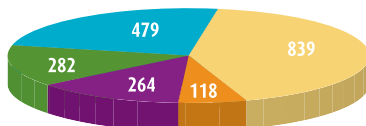


- dépenses de personnel
- dépenses médicales
- dépenses hôtelières et générales
- dépenses financières



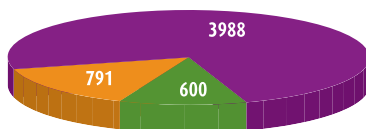
RESSOURCES HUMAINES

1 981 ETP médicaux



- hospitalo-universitaires
- praticiens hospitaliers
- praticiens contractuels
- internes
- étudiants

5 379 ETP non médicaux



- personnels soignants, éducatifs et médico-techniques
- personnels techniques et généraux
- personnels administratifs

10
11

Au CHU l'âge moyen est de :
43 ans

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

430 élèves en soins infirmiers

105 élèves en soins infirmiers
spécialisés dans 3 écoles
(29 en bloc opératoire,
46 en anesthésie-réanimation,
30 en puériculture)

90 élèves manipulateurs
d'électroradiologie médicale

110 élèves sages-femmes

106 élèves aides-soignants

80 élèves ambulanciers et
100 auxiliaires ambulanciers

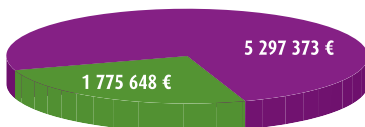
71 élèves cadres de santé
(42 de la promotion 2010-
2011 et 49 de la promotion
2011-2012)



BUDGETS DES ÉCOLES ET INSTITUTS DE FORMATION

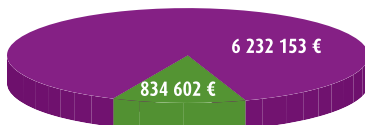
12
13

Les écoles et instituts de formations
Les dépenses 2011 : 7 073 022 €



- dépenses de personnels
- autres dépenses

Les recettes 2011 : 7 066 755 €



- produits relatifs à l'activité d'enseignements
- autres produits

RECHERCHE

575 publications référencées Medline *

681 protocoles de recherche en cours dont **78** promus par le CHU

* 1^{ère} base de données bibliographiques de la bibliothèque nationale de médecine des États-Unis.



Hôpital Pontchaillou

2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes cedex 9
Tél. 02 99 28 43 21



Hôpital Sud

16, boulevard de Bulgarie 35203 Rennes cedex 2
Tél. 02 99 28 43 21



La Tauvrais

rue de la Tauvrais 35033 Rennes cedex 9
Tél. 02 99 28 43 21



Hôtel-Dieu

2, rue de l'Hôtel-Dieu · CS 26419 35064 Rennes cedex
Tél. 02 99 28 43 21



Centre de soins dentaires

2, place Pasteur 35033 Rennes cedex 9
Tél. 02 99 38 84 22





MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines de système de santé
Bureau des ressources humaines hospitalières

Personne chargée du dossier :
Farahnaz, Emma SOROUSH
tél. : 01 40 56 69 53
emma.sorouch@sante.gouv.fr

La Ministre des Affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agences régionales de santé (pour exécution),

Mesdames et Messieurs les préfets de région, Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

NOR : AFSH1318998C

Classement thématique : établissements de santé

Validée par le CNP 12 juillet 2013 - Visa CNP 2013-163

Catégorie :

Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles

Résumé : Axes prioritaires 2014 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

Mots-clés :

Plan de formation – Plan de Développement Professionnel Continu – Thématiques prioritaires Actions de Formation Nationales et programmes de Développement Professionnel Continu nationaux prioritaires

Textes de référence :

- Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux
- Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu
- Décret n°2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales

Annexes :

Annexe 1 : Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière

Annexe 2 : Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable

Annexe 3 : Professionnalisation des jurys de concours : sécurité juridique, égalité des chances

Annexe 4 : Principes et fondements de la laïcité

Annexe 5 : Egalité homme-femme : lutter contre les stéréotypes

Annexe 6 : Informatisation de la production de soins : impact sur le secret médical et la confidentialité des données de santé

Annexe 7 : Améliorer l'accès au dossier médical

Annexe 8 : Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins

Annexe 9 : Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés

Annexe 10 : Evaluation et prise en charge de la douleur

Annexe 11 : Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance

Annexe 12 : Accueil et prise en charge des personnes handicapées

Annexe 13 : Pertinence des soins

Annexe 14 : Prise en charge de l'autisme

Annexe 15 : Repérage précoce et intervention brève (RPIB) concernant les conduites addictives particulièrement chez les jeunes

Annexe 16 : Interfaces « ville-hôpital » : la sortie du patient hospitalisé

Annexe 17 : Qualité du partenariat entre établissements d'HAD et établissements sociaux et médico-sociaux à l'occasion de la prise en charge conjointe d'un résident/patient

Annexe 18 : Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière

Annexe 19 : Animer le travail d'équipe: qualité du travail, qualité de vie au travail

Annexe 20 : Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Annexe 21 : Gestion des risques associés aux soins en équipe

Diffusion : les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

La présente circulaire a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les axes et actions prioritaires à mettre en œuvre pour l'année 2014 dans le cadre de leur plan de formation et de leur plan de Développement Professionnel Continu. Elle doit faciliter la construction de ces plans dans chaque établissement.

Sont ainsi proposés pour 2014, dix-sept actions prioritaires de formation et de développement professionnel continu, deux actions de formation nationales (AFN) et deux programmes nationaux de développement professionnel continu.

I- FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU, DEUX DISPOSITIFS A ARTICULER AU SEIN DES ETABLISSEMENTS

Avec l'engagement des établissements et de l'ANFH, les dispositifs de formation professionnelle tout au long de la vie, contribuent au développement des compétences des professionnels exerçant dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière.

Les textes relatifs à la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) publiés en janvier 2012, instaurent depuis 2013 une nouvelle obligation annuelle pour les professionnels de santé. Les professionnels concernés sont les médecins, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et l'ensemble des professionnels de santé paramédicaux inscrits au code de la santé publique.

Ce nouveau dispositif doit être conçu comme un dispositif complémentaire au service du développement des compétences permettant d'inciter les établissements :

- à le généraliser pour toutes les catégories professionnelles, afin de favoriser de nouvelles approches en matière de formation et d'analyse des pratiques professionnelles. Le développement des compétences qu'il se mette en œuvre via la formation ou via le DPC, ne peut plus se réduire au suivi d'actions de formation présentielle mais nécessite la construction d'un parcours faisant alterner des apports cognitifs et l'évaluation des pratiques.
- à privilégier des actions de développement des compétences en équipe qui associent soignants et non soignants, médecins et professionnels de santé paramédicaux. Les établissements sont donc incités à associer largement le personnel médical aux actions mises en œuvre.

Il est donc important que chaque établissement puisse concevoir, *dans une logique intégrative*, un plan global de développement des compétences en appui de ses objectifs et de ses projets comprenant un axe de formation et un axe de DPC.

II-DES PRIORITES D'ACTION POUR LES ETABLISSEMENTS RELEVANT DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Il appartient à chaque établissement en fonction de ses enjeux, de ses projets et du recensement des besoins des agents de définir ses priorités d'action en matière de développement de compétences.

La présente circulaire a pour objet de proposer aux établissements de santé relevant de la Fonction Publique Hospitalière des priorités d'actions en matière de formation comme de développement professionnel continu. Elles sont cohérentes avec les orientations nationales de DPC définies par l'arrêté en date du 26 février 2013.

Ces priorités visent à soutenir les dynamiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients. Il est apparu à ce titre important de relayer plusieurs thématiques érigées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) dans le cadre de la 3ème procédure de certification des établissements sanitaires et autour desquelles le développement de programmes de DPC en équipe est susceptible d'apporter des améliorations en termes d'organisation, de pratiques et de service rendu aux patients.

Elles relaient également les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé autour de la prise en charge en équipe, au service de la mise en œuvre d'une médecine de parcours.

Elles proposent enfin des pistes concrètes au sein des établissements, qui font suite aux débats du pacte de confiance pour l'hôpital autour des questions relatives à l'amélioration du dialogue social et du management.

Ces priorités d'actions 2014 se déclinent soit en axes de formation (1), soit en axes de programmes de DPC (2) proposés aux établissements. Ces priorités ont été examinées par la commission de formation professionnelle du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière réunie le 18 avril dernier.

Sont également retenus après concertation avec les membres de cette commission, **deux actions de formation nationales (AFN) et deux programmes nationaux de développement professionnel continu (3).**

La Direction générale de l'offre de soins, en collaboration avec l'Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier (ANFH), élaborera le cahier des charges de ces actions et programmes et sélectionnera les organismes avec lesquels les établissements pourront passer marché, notamment par l'intermédiaire de l'ANFH, s'ils en sont adhérents.

Chaque priorité fait l'objet d'une fiche synthétique qui en résume les objectifs et les publics cibles. Ces fiches constituent des orientations mais ne valent pas cahiers des charges ni programmes pédagogiques.

1-Axes prioritaires 2014 en matière de formation

1-1. Développement des ressources humaines : conditions de travail, parcours professionnels, qualité de vie au travail

- Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (annexe 1)
- Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable (annexe 2)
- Professionnalisation des jurys de concours: sécurité juridique, égalité des chances (annexe 3)

1-2.Prise en compte des évolutions sociétales dans les établissements de la fonction publique hospitalière

- Principes et fondements de la laïcité (annexe 4)
- Egalité Femme-Homme: lutter contre les stéréotypes dans la fonction publique hospitalière (annexe 5)

1- 3.Evolution des compétences professionnelles

- Informatisation de la production de soins : impact sur le secret médical et la confidentialité des données de santé (annexe 6)
- Améliorer l'accès au dossier médical (annexe 7)
- Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins (annexe 8)

2- Axes prioritaires 2014 en matière de programmes de développement professionnel continu

2-1.Qualité et sécurité des prises en charge

- Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés (annexe 9)
- Evaluation et prise en charge de la douleur (annexe 10)

- Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance (annexe 11)
- Accueil et prise en charge des personnes handicapées (annexe 12)
- Pertinence des soins (annexe 13)

2-2 Santé publique et parcours de soins

- Prise en charge de l'autisme (annexe 14)
- Repérage précoce et intervention brève (RPIB) concernant les conduites addictives particulièrement chez les jeunes (annexe 15)
- Interfaces « ville-hôpital » : la sortie du patient hospitalisé (annexe 16)
- Qualité du partenariat entre établissements d'HAD et établissements sociaux et médico-sociaux (annexe 17)

3-Actions de formation nationales et Programmes nationaux de développement professionnel continu

3-1. Actions de formation nationale

- Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière (annexe 18)
- Animer le travail d'équipe : qualité du travail, qualité de vie au travail (annexe 19)

3-2. Programmes nationaux de développement professionnel continu

- Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (annexe 20)
- Gestion des risques associés aux soins en équipe (annexe 21)

Les établissements sont invités par ailleurs à poursuivre certaines actions mises en œuvre depuis plusieurs années sur des thématiques de formation particulièrement importantes. Il s'agit *pour les actions s'intégrant dans le DPC*, de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, du bon usage des antibiotiques, de la prévention de l'apparition des résistances bactériennes, de la prévention et de la prise en charge des accidents liés au risque de transmission virale. Quant aux *actions de formation visant l'ensemble des personnels*, il est rappelé l'importance des actions relatives au droit des usagers, au développement durable, à la prévention des situations de violence ainsi qu'à la gestion financière des établissements.

J'attache de l'importance à ce que ces orientations soient largement mises en œuvre au profit des personnels et de la prise en charge des patients.

Pour la ministre et par délégation

signé

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

signé

Denis PIVETEAU
Secrétaire général des Ministères
chargés des affaires sociales

ANNEXE 1

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière |
| Contexte | <p>La demande s'inscrit dans le contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'accord santé et la sécurité au travail du 20 novembre 2009 : <ul style="list-style-type: none"> • Les employeurs publics se sont engagés à mettre en œuvre une politique renouvelée en matière d'amélioration des conditions de travail. A ce titre, la mise en place d'outils de prévention des risques professionnels, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels, constitue l'un des axes majeurs des actions devant être menées. • La formation des agents doit permettre de développer une culture de prévention à tous les niveaux et plus particulièrement les cadres et les agents chargés des ressources humaines, les acteurs de la santé et de la sécurité au travail. - du deuxième Plan 2010-2014 santé au travail du gouvernement, élaboré en concertation avec les partenaires sociaux au sein du Conseil d'Orientation des Conditions de travail de 2010, dont un des axes majeurs est la prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment les cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques (TMS) |
| Objectifs de la formation | <p>Cette formation doit permettre de généraliser et de renforcer les actions de sensibilisation et de prévention des risques professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - appréhender la politique des pouvoirs publics en matière de santé au travail (plan de santé au travail) ; rôle joué par le fonds national de prévention des risques professionnels géré par la CNRACL ; - connaître les dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la santé et à la sécurité au travail ainsi que les dispositions réglementaires relatives à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ; - connaître le dispositif de sanctions pénales en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations en matière de sécurité et de santé au travail; - s'approprier une méthodologie pour procéder à l'évaluation des risques professionnels ; - élaborer un plan de prévention |
| Éléments du programme | <ol style="list-style-type: none"> 1. Les éléments importants de législation et de la réglementation applicable (code du travail ; code pénal) 2. Méthodologie et des pratiques pour l'élaboration d'une politique de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier 3. Méthodologie et pratiques notamment en matière de réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DU) : préparation de la démarche, recensement et évaluation des risques, élaboration d'un programme d'actions, mise en œuvre des actions, réévaluation des risques suite aux actions réalisées, conseils et apports méthodologiques sur la forme, le contenu, l'accessibilité et l'opérationnalité du DU, ses modalités de |

| | |
|---------------|--|
| | <p>remplissage, l'identification du danger, l'analyse du risque, et la mise à jour du</p> <p>4. Disposer d'outils méthodologiques pour connaître, objectiver et prévenir tout particulièrement les risques psychosociaux, les risques chimiques, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques dont l'amiante, les troubles musculo-squelettiques (TMS).</p> |
| Public | <ol style="list-style-type: none"> 1. Les responsables des ressources humaines et notamment, les agents chargés des risques professionnels au sein des directions des ressources humaines 2. Les responsables de pôles 3. Les représentants du personnel 4. Le personnel d'encadrement des différentes filières professionnelles 5. Les médecins du travail |

ANNEXE 2

| AXE 2014 | |
|----------|--|
| Intitulé | Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable |
| Contexte | <p>Les évolutions des organisations du travail dans l'ensemble des domaines d'activité et en particulier en santé, constatées depuis 20 à 30 ans, témoignent d'une intensification du travail.</p> <p>De nombreuses enquêtes font état de difficultés récurrentes relatives à la motivation, à l'implication, et à l'engagement des salariés dans le travail, quelles que soient les catégories professionnelles. Ajoutées au stress au travail, ces difficultés peuvent altérer la qualité de service et la santé des personnes, et également impacter la performance des établissements.</p> <p><i>En plus d'être un enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels de santé, la qualité de vie au travail renforce l'attractivité des emplois, le sentiment d'appartenance et la motivation</i> ; elle est aussi pour les établissements de la FPH une <i>condition incontournable de la qualité de prise en charge des patients</i>.</p> <p>La qualité de vie au travail représente donc <i>une dimension essentielle de la responsabilité sociale des employeurs et des pratiques de management attractif permettant une fidélisation du personnel dans la durée</i>, au sein des établissements de la FPH</p> <p>Elle ne peut se développer que grâce à <i>un engagement collectif impliquant dirigeants, ensemble des professionnels et partenaires sociaux</i>.</p> <p>En matière de qualité de vie eu travail, <i>l'exemple d'établissements attractifs parvenant</i> à fidéliser les personnels constituent des expériences de management durables qui <i>pourraient être reproduites</i>.</p> <p>Les expériences de ces établissements ont en effet permis d'identifier 8 conditions essentielles à l'atteinte d'une bonne qualité de vie au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'autonomie professionnelle ; - Les supports fournis à l'activité ; - La sécurité au travail ; - L'information ; - La conciliation vie professionnelle et vie personnelle - Une bonne collaboration entre équipes médicales et paramédicales - La valorisation professionnelle - La conscience de faire du bon travail : ce qui implique que l'on débat sur le travail et que l'amélioration des pratiques est au cœur de l'activité. <p>Cela induit le fait de « penser le travail autrement », d'intégrer le développement personnel et professionnel, ainsi que de pérenniser les équipes par rapport au turnover.</p> <p>Enfin, il convient de rappeler que le développement d'une politique de développement de la qualité de vie au travail est <i>un critère de certification des établissements dans le domaine du management</i>.</p> |

| | |
|----------------------------------|---|
| Objectifs de la formation | <p>Faire connaître aux participants <i>les exemples de management durable concernant la qualité de vie au travail</i> et notamment les expériences de certains établissements attractifs.</p> <p>Donner aux participants les outils méthodologiques permettant de <i>mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail</i> correspondant à <i>un engagement collectif</i> impliquant la direction, l'encadrement, les médecins, les professionnels et les partenaires sociaux.</p> |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Concepts de qualité de vie au travail, de responsabilité sociale et de management durable. • Expériences de développement de qualité de vie au travail dans différentes entreprises : facteurs permettant le développement de la qualité de vie au travail et exemple de « certains établissements attractifs ». • Etablissement d'un diagnostic de la qualité de travail fondé sur les indicateurs de santé et d'absentéisme, l'organisation de travail, l'environnement et les conditions matérielles de travail, sur l'existence ou non de supports d'informations, sur l'existence ou non de temps d'échanges au sein des équipes associant l'ensemble des professionnels y compris les médecins ; sur l'implication ou non de l'encadrement dans le développement professionnel des agents et dans leurs objectifs de parcours de carrière ; sur la possibilité d'une conciliation favorable de la vie professionnelle et de la vie privée. • Mise en place d'une démarche de développement de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement : les leviers pour agir; les acteurs ; les précautions à prendre pour piloter la démarche; les indicateurs de suivi. • Importance du rôle de l'encadrement dans la qualité de vie au travail : proximité auprès des agents, information et communication; attention portée à la qualité de vie au travail comme condition même de la qualité de travail. • Importance de l'équipe et implication nécessaire de chaque agent dans le développement de la qualité de vie au travail (travail en équipe : travail solidaire, travail en sécurité et de qualité). • Adhésion nécessaire des partenaires sociaux à une démarche de qualité de vie au travail. |
| Public | <p>Cadres dirigeants des établissements, responsables des ressources humaines, responsables de pôles ; tous personnels d'encadrement ; médecins du travail ; agents chargés des conditions de travail; assistantes sociales du personnel ; représentants des organisations syndicales.</p> |

ANNEXE 3

| AXE 2014 | |
|-----------------|--|
| Intitulé | Professionalisation des jurys de concours : sécurité juridique, égalité des chances, amélioration du recrutement |
| Contexte | <p>La modernisation de l'organisation et des épreuves des concours de recrutement dans la fonction publique a été préconisée depuis 2008 par le ministre chargé de la fonction publique, dans l'objectif d'adapter les procédures de recrutement à l'évolution des structures, des besoins et des formations initiales, en rendant les épreuves de sélection moins académiques, moins centrées sur les connaissances, mais bien davantage ciblées sur les compétences, aptitudes et potentiels nécessaires à l'exercice des métiers de la fonction publique. Tout en simplifiant les dispositifs de recrutement, l'objectif était de s'orienter ainsi vers une professionnalisation et une amélioration de ces dispositifs.</p> <p>Si dans la fonction publique hospitalière, la majorité des effectifs est recrutée sur titres parmi les professions réglementées, la rénovation des concours concerne les autres corps: ainsi l'ensemble des concours et examens professionnels des corps administratifs et techniques de catégorie B a récemment fait l'objet d'une révision générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au niveau de l'écrit, remplacement des traditionnelles épreuves de rédaction ou de notes de synthèses par des épreuves de cas pratiques permettant d'apprécier la capacité d'analyse et de réflexion du candidat ; introduction d'épreuves de QCR (questions à réponses courtes) pour vérifier les connaissances fondamentales ; - à l'oral, généralisation de l'épreuve de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) pour les concours internes, « 3^{ème} concours » et examens professionnels, la RAEP étant une mesure essentielle de l'objectif de professionnalisation ; épreuves comportant des mises en situation pour les concours externes. <p>Cette évolution rend nécessaire une « professionnalisation » des jurys de concours au moyen d'une information et d'une formation adaptées.</p> <p>Enfin, il faut rappeler que l'un des six thèmes autour desquels s'articule <i>la Charte pour la promotion de l'égalité</i> dans la fonction publique, signée en décembre 2008 entre les ministre et secrétaire d'État chargés de la fonction publique et le président de la HALDE, concerne la non-discrimination dans les recrutements: l'engagement est de veiller aux conditions de recrutement pour répondre aux besoins sans discriminer, en généralisant la formation des jurys de concours, d'examens professionnels et des membres des commissions de sélection, notamment par une sensibilisation aux préjugés, stéréotypes et risques de discrimination et en veillant à ce que l'ensemble des personnes participant au processus de recrutement, soient en mesure de rendre compte de leur évaluation.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Objectifs de la formation</p> | <p>Instaurer de bonnes pratiques de recrutement dans l'organisation et le déroulement des concours, des examens professionnels et des commissions de sélection:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une parfaite sécurité juridique des procédures de recrutement ; - Garantir l'égalité de traitement et de l'égalité des chances de tous les candidats ; - Introduire la lutte contre les stéréotypes et les discriminations dans les procédures de recrutement. <p>Rendre effectif l'objectif de professionnalisation des recrutements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les membres des jurys à la conception d'épreuves permettant d'identifier compétences et aptitudes à l'exercice des métiers concernés par les concours ; - Former les jurys à l'exploitation des dossiers de RAEP et à la maîtrise des techniques d'entretien de recrutements nécessaires à cette épreuve. <p>Faire ainsi participer les établissements de la FPH à l'objectif inter-fonction publique d'égalité de traitement et d'égalité des chances en matière de promotion sociale, d'intégration et de cohésion par le travail</p> |
| <p>Éléments du programme</p> | <p>Il est souhaitable que cette formation soit dispensée par groupes de jurys constitués (<i>pour mémoire, les membres, autres que le directeur de l'établissement organisateur du concours, ne peuvent en général siéger à plus de cinq jurys consécutifs ou trois selon les statuts</i>).</p> <p>La durée envisagée est au maximum de 2 jours.</p> <p>1- Rappel des textes fondamentaux et des principes régissant l'accès à la fonction publique et les concours:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositions concernées du statut général des fonctionnaires et de la loi du 9 janvier 1986. - Charte du 2 décembre 2008 pour la promotion de l'égalité dans la Fonction publique (thème n° II - Veiller aux conditions de recrutement pour répondre aux besoins sans discriminer) - Dispositions à caractère réglementaire et jurisprudentiel relatives à l'organisation et aux modalités d'exécution des concours. <p>2 – Fonctionnement et missions des jurys et des membres des commissions de sélection</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constitution du jury : Président, membres, parité, renouvellement ; - Rôle du président et des membres, obligations et responsabilités. - Règles de déontologie du jury dans chaque étape de la procédure de recrutement - Respect du principe d'égalité, sensibilisation aux préjugés et stéréotypes ; - Jurisprudence <p>3- Formation des jurys à l'élaboration des sujets des épreuves écrites et à la correction des épreuves écrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les épreuves écrites : compétences et capacités qu'elles permettent de vérifier. |

| | |
|---------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Savoir élaborer les sujets des épreuves écrites dans un objectif de professionnalisation des recrutements : connaissance des missions du corps concerné par le concours et des aptitudes nécessaires à l'exercice, ainsi que des programmes des concours (textes statutaires, répertoire des métiers de la FPH)) ; élaboration de cas pratiques ou de sujets mettant les candidats en situation professionnelle. - Savoir établir des critères de correction pour les épreuves écrites. <p>4- Formation des jurys aux épreuves orales et notamment aux épreuves de RAEP</p> <ul style="list-style-type: none"> - La RAEP : dispositions législatives et réglementaires ; dossier de RAEP ; - la RAEP, un type de "questionnement" différent des épreuves orales traditionnelles, ses objectifs. - Savoir utiliser une épreuve de RAEP : examiner un dossier de RAEP ; maîtriser les règles et techniques d'entretien de recrutement utilisées au cours de l'épreuve de RAEP - Savoir élaborer une grille d'évaluation pour l'appréciation des prestations orales des candidats. <p>5-L'aboutissement de la procédure de recrutement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Règles de notations, de délibérations, de classement des candidats. - Traçabilité et conservation des éléments d'appréciation des candidats - Informations données aux candidats ayant échoué |
| Public | <p>Professionnels retenus pour exercer les fonctions de présidents et de membres de jurys des concours, examens professionnels et commissions de sélection organisés dans la FPH.</p> <p>Agents des directions de ressources humaines chargés de l'organisation et de la gestion des concours.</p> |

ANNEXE 4

| AXE 2014 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Principes et fondements de la laïcité |
| Contexte | <p>La Constitution du 4 octobre 1958 rappelle que « <i>La France est une République ... laïque...</i> » qui « <i>assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion</i> » et qui « <i>respecte toutes les croyances.</i> »</p> <p>C'est dans ce cadre constitutionnel que s'applique la loi du 9 décembre 1905 qui a posé dans son article 2, les termes d'un équilibre selon lequel, à la fois, « <i>La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte</i> » et « <i>Pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons.</i> » en raison du caractère particulier de ces lieux.</p> <p>Ces principes généraux ont été réaffirmés dans la Charte du patient hospitalisé qui précise notamment que « <i>L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, ...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres</i> ».</p> <p>Il apparaît donc important de former les professionnels aux fondements et principes de la laïcité afin de leur permettre d'appréhender les différentes situations en lien avec la pratique religieuse dans le quotidien de leur exercice et d'y faire face avec pertinence.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> - Partager la connaissance des principes de laïcité et leur mise en œuvre dans les institutions hospitalières et médico-sociales - Fonder sur cette connaissance les conduites à tenir devant les différentes expressions de la religion à l'hôpital - Prévenir les situations de tensions |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Les fondements de la laïcité en France - Le cadre de la pratique religieuse à l'hôpital : les textes en vigueur, (charte du patient hospitalisé, circulaires sur la pratique religieuse dans les établissements relevant de la FPH, charte de l'aumônerie hospitalière) - Les conduites à tenir en situation de soins : alimentation, intimité, fin de vie, rites mortuaires, etc - La gestion des situations de tension : refus de soins, prosélytisme, etc. - Les outils pratiques |
| Public | Toutes les catégories sont concernées. Il s'agit d'une formation s'adressant à un public pluridisciplinaire. La priorité sera donnée aux équipes soignantes et administratives. |
| Observations complémentaires | La formation doit s'adapter aux publics concernés. Un rappel du cadre théorique doit être fait mais il est nécessaire d'insister sur l'aspect opérationnel. |

ANNEXE 5

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Egalité femme-homme: Lutter contre les stéréotypes |
| Contexte | <p>Le 8 mars 2013 a été signé, entre le Gouvernement, l'ensemble des dix organisations syndicales siégeant au conseil commun de la fonction publique, les Présidents de l'association des maires de France, de l'association des départements de France, de l'association des régions de France et de la Fédération hospitalière de France le protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans les trois versants de la fonction publique.</p> <p>Quatre axes de travail ont été dégagés au cours de la concertation, qui constituent l'architecture du présent protocole d'accord :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dialogue social comme élément structurant pour parvenir à l'égalité professionnelle ; • rendre effective l'égalité entre les femmes et les hommes dans les rémunérations et les parcours professionnels de la fonction publique ; • la meilleure articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle ; • la prévention des violences faites aux agents sur leur lieu de travail. <p>L'axe n°2 comprend une mesure intitulée « mesure 5 : Lutter contre les stéréotypes et les discriminations dans le cadre de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique ».</p> <p>Cette mesure prévoit que des actions de formation, information et sensibilisation aux enjeux de l'égalité et à la prévention des discriminations et stéréotypes seront proposées à l'ensemble des gestionnaires des ressources humaines et des cadres conduisant des entretiens d'évaluation.</p> |
| Objectifs de la formation | Sensibiliser les personnes suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte contre les stéréotypes |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les personnels suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte les stéréotypes : <ul style="list-style-type: none"> - qu'est-ce qu'un stéréotype ? Comment fonctionnent les stéréotypes dans notre appréhension de la réalité ? - les stéréotypes de genre et leurs impacts dans le monde du travail ; - stéréotype et préjugé, stéréotype et discrimination • Prévenir les stéréotypes en situation professionnelle : dans le cadre des recrutements, des entretiens d'évaluation, de la gestion des carrières, des relations de travail (cas pratiques, exemples). |
| Public | Gestionnaires RH, cadres et tout autre personnel de la FPH |

ANNEXE 6

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Responsabilité liée à l'informatisation de la production de soins : impacts sur le secret médical et la confidentialité des données de santé |
| Contexte | <p>L'action s'inscrit dans le cadre du dispositif : « 2011, année des patients et de leurs droits », dans les axes relatifs d'une part à la mobilisation des professionnels de santé en faveur des droits des patients et d'autre part à la conciliation des droits avec les innovations technologiques et les nouvelles organisations de soins.</p> <p>Un récent sondage mené auprès des professionnels de santé montre que le secret médical est un droit reconnu par ces derniers au bénéfice des patients mais que ce droit est difficile à mettre en œuvre (sondage TNS Sofres février 2011).</p> <p>Les nouvelles organisations de soins mettant en relation la ville et l'hôpital comme l'hospitalisation à domicile, les maisons et pôles de santé, la télémédecine, chirurgie ambulatoire, les coopérations entre professionnels de santé... réinterrogent la question du respect du secret médical surtout dans le cadre d'un partage d'informations de santé. Notamment avec le déploiement du dossier médical personnel. (DMP)</p> <p>Par ailleurs, la stratégie hôpital numérique, qui fixe entre autre les priorités relatives aux systèmes d'information hospitalier pour la période 2011-2015, incite tous les établissements de santé à atteindre un socle minimal sur 5 domaines prioritaires dont le dossier patient informatisé.</p> <p>Le renforcement de la place des systèmes d'information hospitaliers dans la production de soins impose de sensibiliser : les cadres dirigeants (directeurs d'établissements, directeur de soins), le personnel médical et soignant comme les personnels informatiques aux contraintes réglementaires qui régissent la mise en œuvre et l'utilisation du dossier hospitalier informatisé et qui par ailleurs ont un impact sur leur responsabilité et celle des établissements.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Rendre effectif le droit au secret médical et plus généralement à la confidentialité des informations tout en prenant en compte les difficultés organisationnelles du respect de ces derniers. Rappeler qu'il s'agit d'un droit fondamental. Organiser son respect permet de garantir la qualité du système de santé et de remettre le patient au centre de la relation médicale. Sensibiliser les acteurs aux impacts de l'informatisation de la production de soins sur leur responsabilité.</p> |
| Éléments du programme | <p>La formation devra porter sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -rappel du droit fondamental (déontologie, juridique, réglementation ; réglementation CNIL,...); -l'information du patient et le recueil de son consentement pour le partage de l'information ; -articulation de ce droit avec les nouvelles organisations (réseaux ville-hôpital, nouvelles formes d'exercice médical), et les nouvelles technologies (télésanté...) -finalité du dossier hospitalier informatisé, son organisation et sa tenue ; -les modalités garantissant la sécurité informatique ; -les principes de la responsabilité et préciser les particularismes liés aux technologies de l'information et de la communication ; -les instances en charge de la garantie du respect de la protection des données médicales. |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Public | Toutes les catégories sont concernées, il s'agit d'une formation s'adressant à un public pluridisciplinaire. Avec comme priorité de s'adresser aux équipes médicales, soignantes et administratives y compris les personnels des services informatiques des établissements. |
| Observations complémentaires | La formation doit s'adapter aux publics concernés un rappel du cadre théorique doit être fait mais il est nécessaire d'insister sur l'aspect opérationnel et les risques d'engagement de la responsabilité des acteurs en cas de non respect de leurs obligations qui sont le corollaire des droits des patients. |

ANNEXE 7

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Améliorer l'accès au dossier médical |
| Contexte | <p>La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré les droits notamment du malade. Un de ces droits est celui d'être informé sur son état de santé. L'exercice de ce droit se réalise à différentes périodes de la prise en charge du patient. Plusieurs modalités de communication, permettent au malade d'être informé tels que les temps d'échanges entre lui et le personnel administratif et/ou soignant, l'accès direct au dossier médical...</p> <p>Les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP, ainsi que les recommandations de la HAS de décembre 2005, ont organisé cet accès.</p> <p>La circulaire n°DHOS/E1/2009/207 du 3 juillet 2009 relative aux délais de communication des informations de santé concernant une personne, rappelle les obligations pesant sur les établissements en la matière.</p> <p>Ce droit d'accès direct aux informations qui la concernent est significatif de l'évolution du statut de la personne malade à qui il est désormais reconnu le statut de sujet et d'acteur dans la démarche de soins. Le droit d'accès au dossier médical fait partie des moyens dont dispose le patient pour être informé et pouvoir participer aux décisions le concernant.</p> <p>Or, ce droit est encore parfois mal connu et mal appliqué dans les établissements de santé.</p> <p>Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de leurs droits et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentants légaux, ayants droit) selon les modalités et les délais précisés par la réglementation</p> <p>Le nombre des réclamations et plaintes portées devant le Défenseur des droits et les rapports de la Commission spécialisée droits des usagers de la Conférence nationale de santé, établissent que ce droit fondamental est encore mal mis en œuvre. . L'effort pour le rendre effectif doit être soutenu par des actions de formation.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Rendre effectif le droit d'accès aux informations de santé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la connaissance du dispositif réglementaire, -ses modalités de mise en œuvre, -susciter les initiatives pour favoriser sa mise en œuvre. |

| | |
|------------------------------|--|
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none">- Le droit des usagers à l'information- Le droit d'accès au dossier patient : réglementation et jurisprudence- Les recommandations de bonnes pratiques- L'organisation à mettre en œuvre au sein des établissements et structures |
| Public | Professionnels de santé, personnels administratifs en relation avec les usagers et ou responsables de la démarche qualité, les personnels en charge du système d'information de l'établissement. |

ANNEXE 8

| AXE DE FORMATION 2014 | |
|-----------------------|---|
| Intitulé | Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins |
| Contexte | <p>La notion et l'objectif de qualité des soins n'ont de sens que si, préalablement, toutes les conditions requises pour une sécurité optimale des soins ont été réunies et observées.</p> <p>Les enquêtes ENEIS de 2005 et 2009, les données relatives aux événements porteurs de risques (EPR) recueillis dans le cadre de l'accréditation des médecins, diverses bases de données internationales (NCPS, JCAHO) montrent que parmi les causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) les défaillances organisationnelles, telles qu'une coordination ou une communication déficientes sont souvent retrouvées.</p> <p>Parmi les événements indésirables constatés à l'occasion d'une prise en charge, ceux relatifs à l'identité de la personne représentent une part importante.</p> <p>Les erreurs associées à l'identité sont régulièrement l'occasion de conséquences graves pour le patient, parfois irréparables, dès lors qu'aucune « barrière » n'est venue en temps utile apporter le correctif nécessaire et « récupérer » la situation, c'est-à-dire rétablir l'identité correcte du ou des patients concernés.</p> <p>Les anomalies d'identification du patient relèvent de plusieurs types de défauts : - un défaut d'acquisition de l'identité des patients (admission, service de soins, laboratoire, etc.), de transcription et d'étiquetage de support concernant le patient (dossier patient, prescriptions, demande et examens, etc.), un défaut de contrôle de l'identité du patient, un défaut de vérification des documents, etc.</p> <p>La gestion de l'identité du patient, de l'ouverture de son dossier à l'ensemble des actes et soins qui lui sont dispensés au fil de son parcours, est un process complexe dont l'apparente simplicité le rend particulièrement vulnérable aux défaillances.</p> <p>Au fil des années, différentes initiatives ont été prises afin de renforcer la sécurisation de l'identité et de se prémunir, de la manière la plus systémique possible, de l'erreur d'identité.</p> <p>La certification des établissements de santé prévoit ainsi (V 2010) un critère 15.A « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » auquel une PEP (pratique exigible prioritaire) est associée.</p> <p>La procédure de la transfusion sanguine, et plus largement celle des prélèvements et de la restitution de leurs résultats, procure également un exemple très abouti de ce que peut être une sécurisation. Les procédures de sécurité au bloc opératoire, et particulièrement l'emploi de la check-list, fournissent elles aussi une garantie de sécurité.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>En matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'arrêté du 6 avril 2011 fixe des exigences pour que l'identité du patient soit précisément fiabilisée tout au long de sa prise en charge, et notamment à la phase d'administration des médicaments.</p> <p>De plus en plus et à juste titre, la participation active du patient aux vérifications est sollicitée.</p> <p>Le Programme national pour la sécurité des patients (2013/2017) fait de cette thématique l'une de ses 4 orientations majeures : « L'information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité ». La <i>Semaine de sécurité des patients</i> (nov 2013, 3^{ème} édition) cherche précisément à promouvoir cette association du patient et du soignant pour renforcer la sécurité des soins.</p> <p>Enfin, le Programme Hôpital numérique (2012-2017) a dédié l'un des trois pré-requis qui doivent être atteints par l'ensemble des établissements de santé à la problématique de la gestion des identités et mouvements. Les exigences concernent la mise en œuvre d'une cellule d'identitovigilance opérationnelle et la connexion des applications du processus de soins à un référentiel unique d'identités des patients afin de garantir la cohérence des données d'identités des patients au sein du système d'information.</p> |
| <p>Objectifs de la formation</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Etre informé et sensibilisé sur l'impact de l'identification du patient pour sa sécurité 2. Connaître les dispositifs existants pour sécuriser l'identification (modalités de vérification par questions ouvertes au patient, utilisation du bracelet si le patient est dans l'incapacité de répondre, etc). 3. Avoir une vue d'ensemble des outils permettant la gestion du risque « identification du patient » 4. Avoir pratiqué une analyse de cas au moyen de plusieurs de ces outils 5. Mieux s'inscrire, au retour en poste, dans une attitude de culture de sécurité au regard de l'identification, et contribuer à la diffusion de cette culture |
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Information et sensibilisation sur l'impact de l'identification du patient (aspects administratifs, panorama des données relatives aux erreurs, problématiques des doublons, examen de cas avec identification des causes profondes de l'erreur et solutions correctives apportées/envisageables) - Présentation des dispositifs nationaux existants pour sécuriser |

| | |
|---------------|--|
| | <p>l'identification (par ex : mesures barrières et contrôles en transfusion, check-list au bloc, médicament, hôpital numérique) et autres initiatives locales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outils d'identification des barrières et de maîtrise des erreurs d'identité en milieu hospitalier (par ex : charte, guide de bonnes pratiques, formations, indicateurs, outils de communication) - Contribution à la résolution d'un cas (aspects organisationnels et comportementaux, retour d'expérience, etc) - Montrer en quoi l'identito-vigilance participe d'une culture de la sécurité des soins. |
| Public | <ul style="list-style-type: none"> - Groupe pluri-professionnel constitué de professionnels chargés, dans un ou plusieurs établissements, de produire ou de contribuer à un projet de sécurisation des procédures d'identification - Publics cibles en matière de sécurisation de l'identité : admissions, accueil des urgences, gestionnaire de bloc, gestionnaire de systèmes d'information, etc |

ANNEXE 9

| AXE 2014 | |
|-----------------|---|
| Intitulé | Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés |
| Contexte | <p>Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 Code de la santé publique).</p> <p>Pour garantir ce droit, le programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012) vise, au delà du développement de l'offre, à diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en fin de vie.</p> <p>Les personnels des Unités de soins palliatifs (USP) doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement » et les personnels des services disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) doivent bénéficier d'une formation en soins palliatifs et connaître la démarche palliative. (DIU Soins palliatifs)</p> <p>Toutefois, la formation à la démarche palliative ne doit pas être réservée à ces personnels. L'enjeu essentiel du programme consiste en effet à acculturer les différents professionnels à la démarche palliative et à l'accompagnement quel que soit leur service / lieu d'exercice (court séjour, USLD, établissements médico-sociaux, ...)</p> <p>La dynamique de formation engagée dans les établissements de la fonction publique hospitalière doit s'articuler avec les dispositifs visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Le critère « <i>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> » (13.a) du manuel de certification V2010 constitue l'un de ces dispositifs. Il permet d'une part de valoriser les actions de formation réalisées et d'autre part de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs.</p> <p>Les textes de référence sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Instruction DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « <i>Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé</i> » - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) - Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009. |

| | |
|---|---|
| <p>Objectifs de la formation</p> | <p>Approfondir des connaissances dans le domaine des sciences biomédicales et des sciences humaines, pour développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel.</p> <p>Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques pour assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à sa mort et pour favoriser l'implication des participants dans les différents projets de soins palliatifs, tant au domicile qu'en institutions, dans le souci de la pluridisciplinarité et du travail en réseau.</p> |
| <p>Éléments du programme</p> | <p>Connaissances théoriques et pratiques en soins palliatifs et en accompagnement</p> <p>Connaissance des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, connaissance des évolutions législatives.</p> <p>Principes éthiques (principe d'autonomie, de bienveillance, justice-équité, ..)</p> <p>Connaissance et apprentissage du travail interdisciplinaire.</p> |
| <p>Public</p> | <p>Cette formation visera particulièrement les personnels fréquemment confrontés à des situations de fin de vie et exerçant dans les unités de soins non spécialisées en soins palliatifs.</p> <p>Catégories d'établissements : Médecine et Chirurgie, SSR, SLD, ex hôpitaux locaux, structures médico-sociales comportant des services de soins palliatifs</p> <p>Catégories socioprofessionnelles : médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social</p> |

ANNEXE 10

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Evaluation et prise en charge de la douleur |
| Contexte | <p>La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.</p> <p>Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la prise en charge de la douleur est une pratique exigible prioritaire et fait l'objet d'un indicateur national généralisé par le ministère de la santé.</p> <p>La quatrième campagne de mesure de l'indicateur de traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) dans les établissements de santé montre certes une amélioration des résultats de 2011 par rapport à ceux de 2010 avec un pourcentage qui atteint 73% (2011) contre 61% en 2010 : la moyenne nationale de cet indicateur s'améliore donc, mais il subsiste encore des marges de progression importantes dans ce domaine puisque l'objectif cible est de 80%.</p> <p>L'évaluation et la prise en charge de la douleur restent cependant insuffisantes pour certaines populations : personnes âgées, enfants et très jeunes enfants etc... Ainsi, la douleur reste moins souvent évaluée avec une échelle chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez les 18-75 ans et de même chez les enfants. Il est connu que les personnes âgées n'osent pas exprimer leur douleur ou bien les minimisent : or, la survenue d'une douleur même minime chez une personne âgée peut être invalidante.</p> <p>Les populations ayant des difficultés de communication et donc d'expression de la douleur doivent faire l'objet d'une meilleure prise en charge : cette situation nécessite donc des formations spécifiques pour tous les professionnels de santé, dans les établissements de santé <u>et dans les établissements médico-sociaux.</u></p> <p>Le programme national douleur 2013-2017 élaboré par le ministère de la santé s'articule autour des 3 axes suivants:</p> <p>Axe 1 : Améliorer l'évaluation et la prise en charge des patients algiques en mobilisant les acteurs de premiers recours ;</p> <p>Axe 2 : Favoriser l'expression de la douleur pour mieux la repérer ;</p> <p>Axe 3 : Garantir la prise en charge de la douleur au domicile ou en établissement médico-social.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Permettre aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients.</p> <p>Améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients en favorisant l'expression de la douleur (attention particulière pour les patients tels que les personnes âgées, enfants, ...et autres patients non communicants).</p> <p>-Déployer l'évaluation et la prise en charge de la douleur non seulement dans les établissements de santé mais aussi auprès des professionnels intervenant au domicile (HAD, SSIAD) et exerçant dans les établissements du secteur médico-social (EHPAD)</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les textes fondamentaux relatifs à la prise en charge de la douleur : <ul style="list-style-type: none"> -Disposition de la loi du 4 mars 2002 (<i>relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé</i>) reconnaissant le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne ; -Programme national de lutte contre la douleur ; - Référentiel de certification établi par la haute autorité de santé : une pratique exigible prioritaire. - Arrêté relatif aux orientations nationales de développement professionnel continu. • Savoir identifier les patients présentant une douleur qu'elle soit aiguë et/ou chronique, physique ou psychique : <ul style="list-style-type: none"> -savoir inciter la patient à s'exprimer sur une sensation douloureuse et à décrire la douleur sans la minimiser ; -savoir évaluer la douleur des patients non communicants en utilisant des échelles d'hétéro-évaluation • Assurer la traçabilité de la douleur dans le dossier du patient • Connaître les protocoles mis à disposition et savoir les utiliser. • Participer à l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur • Savoir mettre en place un partage d'expérience sur les actions et organisations mises en place pour prendre en charge la douleur dans différentes structures ou secteurs d'activité <p>Cette formation peut être déployée sous forme de formation action.</p> |
| <p>Public</p> | <p>Professionnels de santé des établissements de la FPH : IDE, cadres de santé, aides soignants, aides médico-psychologiques, autres professionnels paramédicaux pouvant être concernés tels que rééducateurs, sages-femmes ; médecins, psychologues.</p> |

ANNEXE 11

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance |
| Contexte | <p>La démarche de bientraitance s'inscrit dans le cadre général de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que dans les établissements de santé.</p> <p>Les textes de référence sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 - Instruction DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance - Recommandation de l'ANESM « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre –septembre 2008 » - Circulaire n°DGCS /2A/2010/254 DU 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS. - Critère 10 a du manuel de certification V2010 révisé 2011 de la Haute Autorité de Santé - Guide FOREAP-HAS « Promotion de la Bientaitance » |
| Objectifs de la formation | <p>L'objectif est d'accompagner les établissements et les personnels dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance.</p> <p>Le déploiement de cette culture nécessite une appropriation de la démarche par les équipes de direction et d'encadrement intermédiaire des établissements, ainsi qu'un accompagnement des professionnels intervenant au quotidien dans la prise en charge des personnes hospitalisées, résidents et usagers.</p> |
| Eléments du programme | <p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de 4 axes qui constituent des orientations générales : connaître, savoir être et savoir faire pour mieux prévenir la maltraitance et développer les pratiques de bientraitance.</p> <p>Cette formation ayant pour objectif l'appropriation par l'ensemble de l'institution d'une dynamique de bientraitance, il conviendra d'adapter son contenu en fonction des catégories professionnelles formées et du type de personne accueillie.</p> <p>1 – la vulnérabilité et le risque de maltraitance Les situations de vulnérabilité et la dépendance → <i>savoir et comprendre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les origines et les causes de la vulnérabilité et des risques de maltraitance • comprendre les différents troubles et symptômes de la dépendance |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>2 – La bientraitance Le périmètre opérationnel de la bientraitance : <i>recommandations de bonnes pratiques de l’Anesm et guide FORAP – HAS sur la promotion de la Bientraitance</i></p> <p>→ <i>savoir et pouvoir être</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • le concept de bientraitance • les repères pour la mise en œuvre de la démarche : les documents de l’ANESM (notamment sa recommandation « Bientraitance » et son questionnaire d’auto-évaluation des pratiques de bientraitance en EHPAD), le kit « Bientraitance » de Mobiquat ... • les modalités d’une diffusion effective de la dynamique au sein de l’établissement ... <p>3 – La pratique professionnelle au quotidien</p> <p>→ <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les activités élémentaires et les actes de la vie quotidienne • les soins d’hygiène • la vie sociale et relationnelle : communication, comportement et attitudes • incarner le respect des droits au quotidien • faire face aux troubles du comportement et adapter ses attitudes • ressources et limites du professionnel <p>Il s’agit dans ce dernier axe de repérer et d’analyser les pratiques professionnelles et de définir les modifications à apporter dans l’approche, les gestes, la posture et les comportements professionnels pour mieux prendre en compte les besoins, désirs et les préférences de la personne et favoriser le respect et l’exercice de leurs droits afin d’améliorer la qualité de la prise en charge et de s’inscrire dans une dynamique de bientraitance.</p> <p>4 – La politique managériale au quotidien</p> <p>→ <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mieux comprendre son rôle et ses responsabilités • soutenir les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes • discuter de l’organisation du travail en vue de pratiques bientraitantes des usagers et de respect des professionnels <p>savoir évaluer et piloter une démarche de bientraitance</p> |
| <p>Public</p> | <p>Cette formation concerne les professionnels du soin et de l’accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux et des services sociaux.</p> <p>Néanmoins, l’ensemble des professionnels des établissements, et notamment la direction et le management est concernée par la thématique de la bientraitance.</p> <p>Compte tenu des niveaux de responsabilité et d’intervention différents, il conviendra <i>de décliner des contenus et des modalités de formation distinctes (sensibilisation, formation/action, formation de personnes</i></p> |

| | |
|--|---|
| | <p><i>ressources...)</i> <i>selon les types de personnels formés</i> : cadres de direction, cadres de proximité et professionnels en relation directe avec l'utilisateur (médecins et infirmiers coordonnateurs, aides soignants, AMP, etc.)</p> |
|--|---|

ANNEXE 12

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Accueil et prise en charge des personnes handicapées |
| Contexte | <p>La stratégie gouvernementale de prise en compte du handicap est en cours d'élaboration : elle sera fixée par le Comité interministériel du Handicap (CIH) mois de juin 2013. Elle a pour objectif de faire émerger une société plus inclusive.</p> <p>Le développement de la formation au handicap des professionnels de santé est d'ores et déjà ciblé par le secrétariat général du CIH comme un axe incontournable de cette stratégie.</p> <p>Les personnes handicapées connaissent des difficultés spécifiques dans l'accès aux soins. Il est important de prévoir une formation pour 2014 afin d'assurer une efficacité de la prise en charge de ces patients.</p> |
| Objectifs de la formation | Le but de la formation est de sensibiliser les personnels à apporter des réponses les plus adaptées possibles dans le cadre des soins, à des patients handicapés, tant lors des consultations que des hospitalisations. |
| Eléments du programme | <p>I - Connaissance du handicap et ses conséquences : définition de la notion du handicap, les origines du handicap, les différents types de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principaux handicaps : le handicap moteur, l'accident vasculaire cérébral, l'hémiplégie, le handicap visuel, le handicap auditif, le handicap mental - Les conséquences du handicap : conséquences du handicap physique, du handicap sensoriel, du handicap mental, du handicap chez l'adulte et chez l'enfant <p>II- Les aménagements prévus ou à prévoir dans l'organisation des soins pour faciliter l'accueil et la prise en charge des patients, personnes handicapées</p> <p>III. La prévention des situations de violence ou de maltraitance</p> |
| Public | Tout professionnel de l'établissement |

ANNEXE 13

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Pertinence des soins |
| Contexte | <p>L'amélioration de la pertinence des soins a pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé.</p> <p>La mise en place d'actions d'amélioration de la pertinence des soins peut en effet y contribuer en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - participant à l'amélioration continue des pratiques cliniques (pertinence des actes et de l'utilisation des produits de santé), - optimisant les modes de prises en charge des patients en promouvant les modalités ambulatoires (pertinence des modes de prises en charge), - réduisant les inadéquations au niveau du court séjour et du SSR (pertinence des séjours et des parcours de soins), - limitant les hospitalisations évitables (pertinence des parcours de soins). <p>Un programme de travail est mené au niveau national depuis juin 2011 afin de construire les dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles.</p> <p>Ainsi, la HAS élabore des recommandations de bonne pratique et des outils destinés aux professionnels (fiches d'indications ou de bon usage, logigrammes) pour les aider à décider dans une situation clinique donnée et pour servir de référence pour l'amélioration de la pertinence des soins. Ces outils ont été développés prioritairement sur des thématiques présentant un volume important, une dynamique d'évolution notable depuis 2007 et pour lesquels les écarts de taux de recours régionaux sont élevés. Ces sujets concernent les problématiques de pertinence des actes et pratiques mais aussi la pertinence des parcours de soins.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser la culture de l'amélioration de la pertinence des soins auprès de l'ensemble des professionnels de santé (type de réflexion, documentation disponible) • Mobiliser les professionnels de santé concernés sur les actions qui relèvent de leurs compétences pour assurer l'amélioration de la pertinence de certains actes et de certains parcours de soins |
| Eléments du programme | <ol style="list-style-type: none"> 1. La qualité des soins : définition 2. La non qualité : qu'est-ce que la non qualité (soin inadéquat, sur-qualité, sous-qualité, le coût de la non qualité, 3. Ecart nationaux de recours aux soins <p>La pertinence des soins : définition, axes (actes, utilisation des produits de santé,</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>4. examens complémentaires, modes de prise en charge, séjours et parcours de soins), pertinence des soins/sécurité des soins/efficience médico-économique</p> <p>5. Améliorer la pertinence : les méthodes, les outils HAS orientés pertinence (recommandations, programmes d'analyse et d'amélioration des pratiques)</p> |
| Public | Les équipes de soins y compris le personnel médical |

ANNEXE 14

| AXE DE FORMATION 2014 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Prise en charge de l'autisme |
| Contexte | <p>La prise en charge de l'autisme implique un travail pluridisciplinaire et pluri professionnel entre les acteurs des champs sanitaires, médico-social, de l'enseignement, les maisons départementales des personnes handicapées et toujours en lien étroit avec les proches des patients. Elle repose sur un dispositif clé connu et reconnu par tous les partenaires - bien que mis en place récemment (Circulaire DGAS-DGS-DHOS du 8 mars 2005) - et que l'on retrouve dans toutes les régions : le centre de ressource sur l'autisme (CRA). Il s'agit d'une structure médico-sociale disposant d'au moins une équipe sanitaire spécialisée pour les enfants et une pour les adultes.</p> <p>A ce jour, l'activité des CRA est encore trop monopolisée par les diagnostics simples qui devraient être réalisés en proximité par des équipes pluridisciplinaires formées et identifiées, ceci entraîne des délais de diagnostic important.</p> <p>Ce constat rend indispensable de cibler les efforts de tous les professionnels de santé sur la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de la HAS(RBP HAS) afin de permettre l'accès à une offre de qualité pour les patients et leurs proches, quel que soit le territoire.</p> <p>La Ministre en charge des personnes handicapées doit présenter un nouveau plan gouvernemental en 2013 et le Ministère chargé de la santé doit faire des propositions concernant le diagnostic et la prise en charge des personnes autistes. La formation des professionnels est un des leviers importants pour renforcer la dynamique de ce plan et améliorer la prise en charge globale des personnes autistes.</p> |
| Objectifs de la formation | <ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer le diagnostic des personnes autistes (conformément aux RBP HAS) 2. Améliorer la prise en charge des personnes autistes (conformément aux RBP HAS) |
| Eléments du programme | <ol style="list-style-type: none"> 1. Interroger ses pratiques professionnelles sur le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des TED (troubles envahissants du développement) : <ul style="list-style-type: none"> - freins à la mise en œuvre - connaissance des RBP HAS (2005, 2010, 2011, 2012) - liens avec le CRA - visibilité du dispositif 2. Mettre en œuvre en œuvre les RPIB HAS auprès de chaque patient autiste : <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances théoriques : <ul style="list-style-type: none"> - RBP HAS diagnostic chez l'enfant (2005) - HAS socle de connaissances (2010) - RBP HAS diagnostic chez l'adulte (2011) - RBP HAS interventions chez l'enfant (2012) - Connaissances pratiques : <ul style="list-style-type: none"> Utilisation des outils diagnostic ADI (Autism Diagnostic Interview) et ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>Renforcer l'aptitude à communiquer en équipe pluri professionnelle dans un objectif de gestion de prise en charge coordonnée</p> <p>3- A l'issue de la formation :</p> <p>S'exercer à l'organisation de retours d'expérience en équipe avec prise de mesures correctives.</p> <p>Les participants doivent être en mesure de réaliser des diagnostics conformes aux RBP HAS et d'initier des prises en charge coordonnées selon les RBP HAS</p> |
| Public | <p>En priorité les personnels paramédicaux et médicaux des établissements sanitaires autorisés en psychiatrie et des personnels des établissements et services médico-sociaux qui sont susceptibles d'accueillir des personnes autistes.</p> |
| Observations complémentaires | <p>Documents à utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RBP HAS diagnostic chez l'enfant (2005) - HAS socle de connaissances (2010) - RBP HAS diagnostic chez l'adulte (2011) - RBP HAS interventions chez l'enfant (2012) |

ANNEXE 15

| AXE DE FORMATION 2014 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Repérage précoce et intervention brève (RPIB) des conduites addictives à risque, particulièrement chez les jeunes |
| Contexte | <p>Les addictions sont un problème majeur et complexe de santé publique. Elles concernent un grand nombre de publics et de pratiques et provoquent d'importantes conséquences sociales et sanitaires. Le tabac et l'alcool représentent les deux premières causes de mortalité évitable. La consommation excessive d'alcool est un déterminant majeur de santé : les derniers chiffres actualisés font état de 49000 morts par an liés à l'alcool. On estime à plus d'un demi-million de personnes le nombre d'utilisateurs quotidiens de cannabis et l'usage problématique des autres drogues illicites¹ concerne un quart de million de personnes.</p> <p>La part des jeunes français s'engageant dans une consommation régulière et/ou problématique d'une ou de plusieurs substances psycho-actives est importante. Il est nécessaire de mettre en œuvre des actions visant à la réduire. Une attention particulière doit être portée aux produits les plus fréquemment consommés (alcool, tabac et cannabis), ainsi qu'à certaines consommations ou pratiques en hausse au cours des dix dernières années : initiations précoces, ivresses aiguës, diffusion de la cocaïne...</p> <p>La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) va présenter un nouveau plan gouvernemental en 2013 et le Ministère chargé de la santé a fait des propositions concernant la prise en charge et la prévention des conduites addictives. La formation des professionnels est un des leviers importants pour porter la dynamique de ce plan et mettre en œuvre les actions visant à améliorer la santé des populations. Le repérage précoce des consommations et la proposition d'une offre de prise en charge ou d'un conseil personnalisé peuvent améliorer le parcours de soins des utilisateurs problématiques de substances. Cette démarche est particulièrement importante au sein des ES puisqu'y passent des patients venus pour une autre pathologie mais qui présentent parfois également une consommation problématique de substance addictive, notamment d'alcool</p> |
| Objectifs de la formation | <ol style="list-style-type: none"> 1. améliorer le repérage et le diagnostic des conduites addictives à risque 2. accroître la connaissance et l'acceptation du besoin de traiter ces conduites et de la pertinence de la démarche d'intervention brève |

¹ usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans

| | |
|--|---|
| <p>Eléments du programme</p> | <p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de deux volets :</p> <p>1. interroger les pratiques sur le RPIB :</p> <ul style="list-style-type: none"> - freins à la mise en œuvre - connaissance des acteurs du dispositif pour orientation et suivi articulé, y compris au sein de l'établissement <p>2. mettre en œuvre le RPIB auprès de chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances théoriques à propos de la consommation d'alcool : importance du problème (nombre de personnes concernées et conséquences particulièrement néfastes quand les consommations débutent précocement), la conduite de l'entretien motivationnel, les outils de repérage précoce, les recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'alcoologie (SFA) - connaissances pratiques : la conduite de l'entretien motivationnel, la conduite de l'intervention brève <p>les modalités d'orientation et de suivi avec les autres acteurs du dispositif de prise en charge des addictions : médecine de ville, CSAPA</p> |
| <p>Public</p> | <p>En priorité les personnels paramédicaux et médicaux des établissements sanitaires (MCO, PSY SSR) qui ne sont pas spécialisés en addictologie, particulièrement dans les services de médecine d'urgence</p> |
| <p>Observations complémentaires</p> | <p>Cette action s'inscrit en cohérence et en renforcement de la circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie, qui avait permis une action ciblée sur l'alcool auprès des médecins généralistes.</p> <p>Documents à utiliser :</p> <p>Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) <i>Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.</i> Paris, 2008 ; 141 p.</p> <p>Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'alcoologie (http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10)</p> <p>INPES - Repères pour votre pratique. Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/732.pdf</p> |

ANNEXE 16

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Interfaces « ville/hôpital » : la sortie du patient hospitalisé |
| Contexte | <p>Des études relatives aux événements indésirables associés aux soins (ENEIS, EVISA), ainsi que des entretiens avec des professionnels de santé, tant hospitaliers que du milieu de soins ambulatoire, montrent le besoin de développer une communication efficace entre la ville et l'hôpital, dans l'intérêt de la qualité de prise en charge du patient, de son parcours et de la continuité de soins, et de l'environnement de travail des professionnels de santé eux-mêmes.</p> <p>Les domaines fréquemment évoqués de non qualité des soins concernent la continuité de prescription (médicamenteuse ou non) et sa mise en œuvre lors de la sortie d'hospitalisation : soins de suite à domicile, médicament princeps et génériques (confusions et doublons), adaptations posologiques, prise en compte du contexte socioculturel, de l'entourage et de l'environnement du patient.</p> <p>Pour l'indicateur de qualité de prise en charge « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation », (délai réglementairement fixé au maximum à huit jours), en 2011, 78% des établissements de santé MCO répondants sont encore en classe C, pour 20% en classe A et B, et une moyenne nationale de 48% (HAS, Indicateurs de qualité généralisés en MCO, Campagne 2011).</p> <p>Travailler sur la qualité de l'échange d'information avec les patients et entre professionnels de santé à la sortie de l'hospitalisation du patient doit permettre de développer les interfaces entre professionnels de santé hospitaliers et du milieu de soins ambulatoire également en amont d'une hospitalisation (information efficace sur les antécédents, l'environnement du patient et ses traitements, prescrits ou non).</p> <p>Ces aspects de qualité de la préparation de la sortie du patient hospitalisé couvrent l'ensemble des disciplines médicales, obstétricales et chirurgicales, et doivent prendre en compte les diminutions des durées de séjour, comme le développement de l'activité ambulatoire, notamment de chirurgie.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Acquérir une culture de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la continuité efficace des soins ; • S'approprier les outils existants permettant d'analyser et élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique ») ; • Développer la prise en compte de l'environnement habituel du patient (familial, médical, social, financier, culturel, ...) pour améliorer la sécurisation de la continuité des soins ; • Se sensibiliser au développement d'une communication et d'une coordination plus efficaces entre professionnels de santé de l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoire (« de ville »), en amont comme en aval d'une hospitalisation, dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge globale et dans le respect de la confidentialité nécessaire. |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rappel du cadre mis en place par la loi HPST et des outils utilisables pour l'amélioration de la qualité des soins (coordination des soins, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, ...) ; • Méthodologies d'analyse en qualité et sécurité des soins, chemin clinique, en lien avec le sujet continuité et coordination des soins • Analyse et préparation d'un maillage entre professionnels de soins (médecins hospitaliers et traitants, pharmaciens, IDE, paramédicaux, aidants et travailleurs sociaux), favorisant une communication efficace en amont et en aval d'une hospitalisation ; et mise en œuvre de réseaux ville-hôpital et filières de soins prévues par les plans de santé publique (Cancer, Alzheimer, maladies rares, hépatites, etc ...) ; • Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient, compréhension des prescriptions par le patient et son entourage ; • Prise en compte des situations pathologiques et/ou sociales susceptibles d'interférer avec la sortie (Alzheimer et autres troubles mnésiques ou cognitifs, difficultés liées à l'environnement et au contexte socioculturel, précarité, ...) ; • Analyse et élaboration de procédures, check-lists ou parcours de soins pour l'amélioration de la qualité : de la suite de prise en charge, des prescriptions et de leur réalisation, de la transmission du compte-rendu d'hospitalisation, de l'information du médecin traitant et des professionnels de santé concernés en amont de la sortie puis au moment de celle-ci. |
| <p>Public</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé (personnels médicaux et paramédicaux) • Professionnels du service social de l'établissement • Secrétaires médicales |

ANNEXE 17

| AXE 2014 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Qualité du partenariat entre établissements d'HAD et établissements sociaux et médico-sociaux |
| Contexte | <p>Les interventions des établissements d'hospitalisation à domicile sont autorisées depuis 2007 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Depuis le 6 septembre 2012, le champ d'intervention a été élargi à <i>l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec hébergement</i>. Cette ouverture offre l'opportunité aux usagers d'améliorer leur recours aux soins hospitaliers sans devoir renoncer à l'accompagnement au quotidien dont ils ont besoin.</p> <p>Au cours de l'élaboration du décret, la qualité du partenariat à mettre en place entre les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales concernées par ces prises en charge conjointes a été considérée comme cruciale pour leur réussite. Cette question s'inscrit également dans les objectifs de décroisement promu par les autorités, dans une vision « parcours de soins » centrée sur la qualité de la réponse aux besoins du patient.</p> <p>Très investies dans la préparation du texte, les fédérations du champ social et médico-social ont pour leur part prévu sur ce thème, dès 2013, une action nationale dans le cadre de l'UNIFAF.</p> <p>Les établissements publics hospitaliers ayant développé des services d'HAD et les établissements publics d'hébergement sociaux et médico-sociaux pourraient bénéficier d'un accompagnement adapté pour la mise en œuvre des expériences nouvelles qu'ils vont devoir diligenter sur le terrain. La qualité partenariale vue sous l'angle de l'acculturation réciproque, la transmission des informations utiles pour la prise en charge, l'adaptation conjointe des organisations sont les thèmes de travail en commun les plus fréquemment invoqués.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>L'action de formation présente plusieurs enjeux, parmi lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins / La continuité du parcours de soin pour les personnes handicapées, - La promotion de l'HAD auprès des établissements notamment pour personnes handicapées, - Les particularités de l'HAD dans les établissements médico-sociaux et le travail autour de la personne handicapée, - Le développement de coopérations sur les territoires (proximité géographique, lieux de vie...) - L'accompagnement et la professionnalisation des équipes, - Le développement de collaborations entre professionnels de différents secteurs d'activité, - La diffusion des bonnes pratiques, |

Eléments du programme

Afin d'ajuster le dispositif aux besoins des établissements, la formation pourrait être proposée sous une forme modulaire :

- Module de formation 1 : Sensibilisation à HAD/ESMS
- Module de formation 2 : Partenariat HAD/ESMS et convention constitutive
- Module de formation 3 : Accompagnement et développement de coopérations entre professionnels

Les tableaux ci-dessous synthétisent les modules proposés.

→ **Module de formation 1 : Sensibilisation HAD/ESMS**

| | |
|---------------------------------|--|
| Objectifs indicatifs | <ul style="list-style-type: none"> - Connaître le contexte institutionnel et réglementaire HAD/ESMS - Appréhender les différentes formes d'organisation HAD/ESMS - Comprendre les modes de prise en charge (T2a...) et de facturation en HAD - Identifier les enjeux et les impacts de l'HAD pour un ESMS et réciproquement (orientations stratégiques, projet d'établissement...) - Saisir les enjeux pour la personne âgée et la personne handicapée (accès et continuité des soins, qualité des prises en charge, parcours de santé...) - Connaître les modes de coopération possibles sur un territoire dans un objectif de continuité des soins |
| Cible(s) | - Responsables d'établissement, chefs de service, cadres techniques et soignants, médecins |
| Méthodes pédagogiques proposées | <ul style="list-style-type: none"> - Apports formatifs, témoignages (projet HAD les conditions de réussite), intervention de personnes qualifiées sur le territoire, dossier documentaire, ...) - Temps d'informations dissociés HAD/ESMS et temps en commun |
| Durée | - 2 jours en continu |
| Groupe | - 30 stagiaires maximum |

→ **Module de formation 2 : Mise en place d'un partenariat HAD/ESMS et appui à la contractualisation**

| | |
|----------------------|--|
| Objectifs indicatifs | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les acteurs du partenariat HAD/ESMS sur le territoire d'intervention et l'utilité d'un partenariat - Maîtriser les différents aspects du partenariat : savoir élaborer une convention - Connaître les formalités administratives - Organiser le partenariat (règles de fonctionnement, |
|----------------------|--|

| | | |
|---------------|---|---|
| | | instances, pilotage...) <ul style="list-style-type: none"> - Appréhender les modes de coopération et les conditions de mise en œuvre sur son territoire - Définir le rôle et les responsabilités des différents intervenants |
| | Cible(s) | Equipes de direction (au sens large) |
| | Méthodes pédagogiques proposées | Phase de diagnostic préalable par les opérateurs pour cibler le besoin. Favoriser les interventions des professionnels exerçant sur les territoires. Apports formatifs, études de cas, travaux en groupe, dossier documentaire |
| | Durée | 2 jours en discontinu |
| | Groupe | 15 à 18 stagiaires |
| | <p>→ <u>Module de formation 3 : Accompagnement et développement des coopérations entre les professionnels : Modalités pratiques d'application</u></p> | |
| | Objectifs indicatifs | <ul style="list-style-type: none"> - Développer la coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social (connaître et comprendre les cultures professionnelles des deux secteurs) - Définir une organisation efficace (rôles et places des intervenants, relations entre soignants-éducateurs, développer un travail collaboratif et des échanges constructifs...) - S'approprier les outils de la coopération (projet personnalisé de soins et d'accompagnement, dossier du patient, outils de transmission...) - Identifier les particularités des publics accueillis (personnes âgées, personnes handicapées) - Savoir gérer la relation d'aide (aux patients, à la famille ou aux proches...) |
| | Cible(s) | - Equipes opérationnelles HAD et ESMS |
| | Méthodes pédagogiques proposées | - Apports formatifs, mises en situation, études de cas, travaux en groupe, témoignages (bonnes pratiques) |
| | Durée | - 2 jours en discontinu |
| | Groupe | - 15 à 20 stagiaires |
| Public | <p>Il est suggéré d'ouvrir la formation à tout type d'établissement pour personnes âgées (EHPA{D}) et pour personnes handicapées (MAS, FAM, structures pour personnes handicapées) souhaitant s'informer sur l'HAD ou ayant un projet HAD et aux établissements d'HAD</p> <p>En fonction de la maturité de l'établissement sur le sujet, différents niveaux de formation pourront être proposés :</p> | |

1. Un niveau de sensibilisation,
2. Un niveau d'appropriation ou d'approfondissement,
3. Un niveau d'opérationnel.

Les trois niveaux de formation pourront être suivis dans l'ordre ou de façon unitaire. L'inscription aux modules 2 et, ou 3 pourrait être subordonnée à la participation d'un représentant de la direction de l'établissement au module 1.

La formation s'adressera tant aux équipes de direction (niveaux 1 et 2) qu'aux équipes opérationnelles (niveau 3).

ANNEXE 18

| ACTION DE FORMATION NATIONALE 2014 | |
|---|---|
| Intitulé | Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière |
| Contexte | <p>Les travaux relatifs au pacte de confiance à l'hôpital ont mis en évidence la nécessité d'accroître la qualité du dialogue social local.</p> <p>Le diagnostic est celui de la perte de confiance, de la dégradation des relations sociales, d'un déficit d'attractivité, d'une hausse de l'absentéisme, d'une hausse de l'exposition des professionnels aux risques professionnels et psychosociaux. Les professionnels déplorent également l'absence d'espace de concertation et d'information.</p> <p>Le dialogue social à l'hôpital est indissociable des valeurs fondatrices du service public hospitalier dont le respect passe par celui des acteurs qui le font vivre au quotidien, et le respect des engagements pris par l'Etat avec les partenaires institutionnels et les professionnels.</p> <p>Un dialogue social loyal et vivant constitue une condition <i>sine qua non</i> pour la performance sociale des structures.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social sur le plan local:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repérer les conditions d'organisation du dialogue social local et ses facteurs de réussite 2. Utiliser ses différentes modalités ; 3. Utiliser les données existantes en matière RH ; 4. Articuler les outils de reporting en matière RH avec les autres outils de suivi (Bilan social, CPOM, baromètre social etc.). |
| Éléments du programme | <p>Qu'est-ce que le dialogue social (dialogue social versus expression des personnels dans les pôles, les services, les unités) ;</p> <p>La rénovation du dialogue social : les accords de Bercy et leurs déclinaisons dans la FPH</p> <p>Les différents niveaux du dialogue social : national – régional – local et leur organisation (les différentes instances, etc)</p> <p>Les différentes modalités du dialogue social local (information, concertation, négociation, participation, expression), son formalisme et ses acteurs ;</p> <p>L'encadrement législatif et réglementaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obligations en matière de dialogue social institutionnel ; - Les droits et moyens syndicaux ; - Le droit à la participation, à l'expression, la négociation ; - Le dialogue social informel. |

| | |
|----------------------|--|
| | <p>Les espaces et outils du dialogue social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les instances et leurs avis ; - Les accords locaux : conditions de réussite, validité. - Les thématiques porteuses de dialogue : GPMC, conditions de travail, qualité de vie au travail ; la prévention des risques ; le projet d'établissement (définition de la stratégie, suivi) ; <p>Les outils de suivi du dialogue social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Bilan social ; - Les baromètres et observatoires sociaux <p>Au-delà d'apports théoriques que maîtrise généralement le public ciblé par l'action de formation, la formation devra s'appuyer sur des analyses de situation, des cas concrets, de l'évaluation de pratique.</p> |
| <p>Public</p> | <p>Personnels de direction Personnels d'encadrement Représentants syndicaux et présidents des instances représentatives (CTE, CHSCT, CAP) Communauté médicale</p> <p>Le groupe de stagiaires sera idéalement constitué de 3 à 6 membres de 3 à 4 établissements au maximum pour favoriser tant les dynamiques internes que les échanges de pratiques. La désignation des membres de chaque établissement permettra une représentation équilibrée de la direction, des secrétaires et présidents d'instances, de l'encadrement et de la communauté médicale.</p> |

ANNEXE 19

| ACTION DE FORMATION NATIONALE 2014 | |
|---|---|
| Intitulé | Animer le travail en équipe : qualité du travail, qualité de vie au travail |
| Contexte | <p>Au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le rôle des cadres (paramédicaux, socio-éducatifs, administratifs, techniques et ouvriers) auprès des équipes doit être pleinement reconnu et valorisé.</p> <p>Cependant, au sein des institutions hospitalières et médico-sociales, comme dans de nombreux secteurs d'activités soumis à de fortes contraintes externes, l'encadrement et notamment le cadre de proximité a de plus en plus de difficultés à être présent au sein du collectif de travail, auprès de l'équipe. Le management est de plus en plus « extraverti » : le cadre est ainsi attendu sur des tâches souvent à forte valeur ajoutée, associé aux projets institutionnels (qui le mobilise dans de nombreuses réunions), mobilisé par la généralisation d'un « management de reporting » (il produit de l'information et entretient quotidiennement à ce titre un système d'information toujours plus prégnant).</p> <p>Tous ces éléments éloignent le cadre des équipes qui peuvent avoir le sentiment de devoir gérer elles-mêmes l'organisation du travail, les contradictions du travail, les conflits au travail.</p> <p>Ils sont également source de tension pour le cadre lui-même qui doit de façon permanente gérer l'écart entre d'une part la participation aux projets institutionnels (et pour les cadres de santé l'organisation du parcours du patient, dont la complexité s'accroît, avec un éclatement plus important entre différents lieux et différents acteurs), et, d'autre part, l'animation de l'équipe et du collectif de travail.</p> <p>A ce titre les travaux du pacte de confiance pour l'hôpital comme les travaux conduits dans le cadre de la réingénierie de la formation des cadres de santé ont mis en exergue l'importance du cadre comme animateur de l'équipe et la nécessité de conforter la place du cadre auprès des équipes et dans l'animation du collectif de travail</p> <p>Ces travaux ont également souligné l'importance du projet managérial de l'établissement pour soutenir le cadre et lui permettre de remplir cette mission essentielle (clarification des responsabilités managériales à chaque niveau et des circuits de décision).</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Initier une réflexion institutionnelle sur la place du cadre dans la ligne managériale d'un établissement entre portage des projets, reporting et animation du collectif de travail</p> <p>Développer le rôle d'animation d'équipe : Affirmer le rôle des cadres notamment de proximité dans l'animation des équipes au travail; Concevoir et installer les espaces nécessaires et pertinents pour ce travail d'animation</p> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>Concevoir les outils d'animation pertinents Organiser et animer des temps d'échanges avec les équipes sur le sens du travail et l'organisation du travail ; Organiser et animer des temps d'échanges et mobiliser une équipe autour de projets.</p> |
| <p>Eléments du programme</p> | <p>La formation s'adresse aux membres des équipes de direction, à l'encadrement supérieur et intermédiaire ainsi qu'à l'encadrement de proximité de tout secteur d'activité de la FPH.</p> <p>Politique managériale de l'établissement et clarification de la place du cadre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que l'institution attend du cadre ? - La place du cadre au sein de l'établissement et dans la ligne managériale ; - Le Cadre et les projets institutionnels : portage des projets institutionnels, participation à leur mise en œuvre, mission de reporting. - Le Cadre et équipe de travail : organiser, concerter, informer, soutenir, motiver, soutenir, évaluer. <p>Pour une animation du collectif de travail : méthodes et outils du cadre</p> <p>Du groupe à l'équipe : culture, génération, compétences individuelles et collectives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation du travail, qualité du travail, sens du travail et qualité de vie au travail - La prise en compte des risques psycho-sociaux dans les organisations de travail - Les outils d'animation d'un collectif de travail : réunions techniques, réunions d'information, réunion de travail, réunion de résolution de problème, dialogue social de proximité... - Les différents espaces de discussions au sein d'un collectif de travail : les concevoir, les animer, les faire vivre - L'animation de projets d'amélioration de la qualité : donner sens à la qualité en situation de travail - La gestion des tensions et des conflits |
| <p>Public</p> | <p>Equipe de direction, encadrement supérieur et intermédiaire, encadrement de proximité.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Il est préconisé que les différents niveaux d'encadrement au cours d'une même session de formation soit représentés : 3 personnes minimum et 5 maximum d'1 même établissement avec une représentation des différents niveaux d'encadrement</p> |
|--|---|

ANNEXE 20

| PROGRAMME NATIONAL DE DPC 2014 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) |
| Contexte | <p>En France, les personnes âgées mobilisent entre le quart et la moitié des dépenses de santé et représentent un enjeu décisif pour l'efficacité du système. La multiplicité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées rend nécessaire une approche intégrée qui ne se fonde plus sur une approche traditionnelle basée sur les structures mais sur une population donnée.</p> <p>Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées, le ministère de la santé a décidé une démarche innovante et intégrée, fondée pour partie sur les recommandations du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie formulées en 2010 et 2011 et posée par l'article 48 de la LFSS pour 2013 qui prévoit la sélection de quelques territoires pilotes pour expérimenter cette nouvelle logique du parcours de soins pour les personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie. Les caractéristiques de santé de cette population indiquent que 85% ont au moins une pathologie, 57% sont en ALD, 33% ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, en moyenne 12 jours (données 2010) et elles prennent en moyenne 7 médicaments.</p> <p>Cette modification organisationnelle suppose une adaptation des pratiques professionnelles des personnels de santé en ville et à l'hôpital, une amélioration de leurs connaissances réciproques et une amélioration des pratiques, notamment pour les problèmes liés aux médicaments et aux prises en charge adaptées pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie</p> <p>Afin de mettre en place cette nouvelle organisation, le cahier des charges des projets PAERPA pose une nouvelle gouvernance territoriale fondée sur la coordination clinique de proximité et la coordination territoriale d'appui qui réunit pour la totalité du territoire tous les acteurs (ville, hôpital, <i>médico-social</i>, social) et suppose l'adaptation de l'hôpital afin d'améliorer les prises en charges gériatriques</p> <p>Parmi les 7 objectifs du projet PAERPA, l'un vise tout particulièrement l'hôpital : « améliorer les conditions d'hospitalisation complète et limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes ».</p> |
| Objectifs de la formation | <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissance du dispositif territorial du PAERPA, maîtrise du dispositif organisationnel du territoire 2. Appropriation des outils type mis en œuvre dans la démarche et des outils existants favorisant le parcours |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>3. Repérage de l'autonomie</p> <p>4. Prévention de la perte d'autonomie dite iatrogène</p> <p>5. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse sur le modèle de la formation OMAGE</p> |
| <p>Eléments du programme</p> | <p>a. diagnostic du territoire, rôle des différents acteurs du parcours</p> <p>b. Appropriation et utilisation des outils du PAERPA: plan personnalisé de santé, dossier de liaison d'urgence dans les EHPAD, compte-rendu d'hospitalisation, volet médical de synthèse, ADRH, PRADO, TRAJECTOIRE</p> <p>c. Repérage de l'autonomie dès l'admission dans tous les services de médecine et de chirurgie des personnes de plus de 75 ans avec une grille simple et adaptée, savoir poser une indication de recours à une évaluation simple</p> <p>d. Prévention de la perte d'autonomie iatrogène entendue comme la part de dépendance acquise durant l'hospitalisation, liée aux soins qui sont pratiqués ou prescrits par les professionnels de santé, visant initialement à préserver, améliorer ou rétablir la santé du patient. Cette dépendance iatrogène est le plus souvent évitable et peut être la cible d'interventions</p> <p>e. La formation OMAGE : soin transitionnel multifacette conjuguant l'optimisation des prescriptions, l'éducation thérapeutique et coordination précoce et renforcée avec les acteurs de la ville</p> |
| <p>Public</p> | <p>a. <u>Diagnostic du territoire, rôle des différents acteurs du parcours</u> : Public ciblé ensemble des professionnels de santé mais aussi les travailleurs sociaux qui font le lien avec les acteurs de ville</p> <p>b. <u>Appropriation et utilisation des outils du PAERPA</u> : plan personnalisé de santé, dossier de liaison d'urgence dans les EHPAD, compte-rendu d'hospitalisation, volet médical de synthèse, ADRH, PRADO, TRAJECTOIRE. Ces documents sont en cours d'élaboration par la HAS en 2013 et visent l'ensemble du public des professionnels avec un détail plus conséquent pour les utilisateurs de ces outils.</p> <p>c. <u>Repérage de l'autonomie dès l'admission dans tous les services de médecine et de chirurgie des personnes de plus de 75 ans.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour le repérage de premier niveau : savoir poser une indication de recours à une évaluation simple, public cible : aide soignant à l'aide d'une grille simple et adaptée. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pour le repérage de deuxième niveau : évaluation gériatrique simple, public cible : IDE. • Pour le repérage de troisième niveau : évaluation gériatrique standardisée (gériatre, équipe mobile de gériatrie) <p>d. <u>Prévention de la perte d'autonomie iatrogène</u> entendue comme la part de dépendance acquise durant l'hospitalisation, liée aux soins qui sont pratiqués ou prescrits par les professionnels de santé, visant initialement à préserver, améliorer ou rétablir la santé du patient. Cette dépendance iatrogène est le plus souvent évitable et peut être la cible d'interventions. A partir des conclusions de l'étude menée au Gérontopôle de Toulouse en 2011 et de l'application des recommandations de bonnes pratiques visant à réduire les risques auxquels sont exposées les personnes âgées hospitalisées (chutes*, dénutrition, conséquences d de l'immobilité, risques infectieux....) public cible : binôme gériatre , IDE , pharmacien hospitalier.</p> <p>e. <u>Iatrogénie médicamenteuse</u> : La formation OMAGE : soin transitionnel multifacette conjuguant l'optimisation des prescriptions, l'éducation thérapeutique et coordination précoce et renforcée avec les acteurs de la ville ; public cible : binôme gériatre, IDE, pharmacien hospitalier</p> |
| <p>Les IDE AS MK Médecin, gériatre, cadre de santé, pharmacien, PPH.... Travailleurs sociaux</p> | |

➤ **OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES :**

Au-delà des aspects théoriques, privilégier les formations susceptibles de favoriser l'échange (mise en situation, retour d'expérience...)

En fonction des éléments de contenu, les publics ciblés peuvent être différents et cela donne lieu à une modularisation de la formation ou du programme de DPC qui est à construire

ANNEXE 21

| PROGRAMME NATIONAL DPC 2014 | |
|-----------------------------|--|
| Intitulé | Gestion des risques associés aux soins en équipe |
| Contexte | <p>Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009¹ ont mis en évidence une fréquence stable d'environ 1 événement indésirable grave (EIG) tous les 5 jours par secteur de 30 lits, 4,5% des séjours en établissements de santé sont causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES² en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France.</p> <p>Par ailleurs, les enseignements tirés des grandes bases de données nord américaines (NCPS, JCAHO) ainsi qu'en France de la Base de retour d'expérience de l'accréditation des médecins³, montrent que parmi les causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : les défaillances organisationnelles et du travail en équipe ainsi que les problèmes de communication entre les professionnels sont souvent retrouvés. D'autres études mettent en évidence l'importance du travail en équipe (Baxter en 2008⁴, revue Cochrane de Zwarenstein⁵, Neily⁶, etc ...).</p> <p>Il semble donc important de pouvoir proposer aux professionnels de santé une démarche de gestion des risques associant tous les membres d'une équipe afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés.</p> <p>En effet, la notion d'équipe n'est pas un état inné et naturel qui aurait été programmé par la formation des professionnels. Le « déclic » permettant à une équipe de prendre conscience qu'il y a un moyen de faire quelque chose en commun pour renforcer l'efficacité au service du patient est un moment important. Tous ces éléments confirment le fait qu'il ne suffit pas de juxtaposer des expertises pour assurer la qualité des soins, mais qu'il faut aussi se préoccuper de développer des compétences non techniques qui permettent de « passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ».</p> <p>Elle repose notamment sur l'organisation d'une communication adaptée,</p> |

¹ http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/ENEIS-RapportComparaison_2004-2009%20final-Mars2011.pdf

² <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

³ Sur 9000 événements indésirables analysés en 2011 environ 26% des causes retrouvées sont liées au facteur équipe et parmi celles-ci 35% sont liées à des problèmes de communication entre professionnels

⁴ Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. *Qual Saf Health Care* 2008 17: 127-130

⁵ Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.

⁶ Neily et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA*. 2010;304(15):1693-1700.

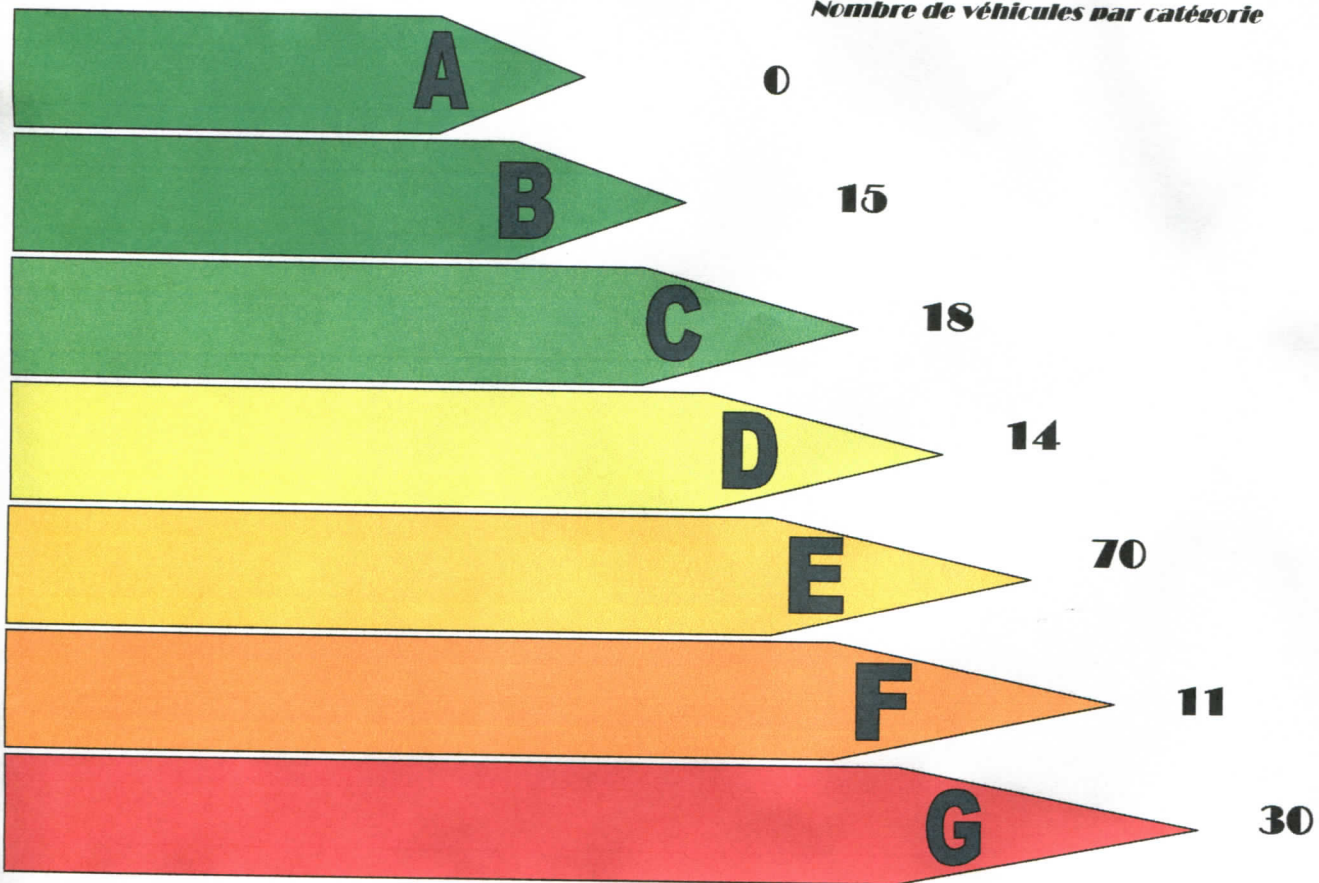
| | |
|---|--|
| | <p>ciblée, entre professionnels de différentes formations associés dans l'objectif commun de réaliser un soin ou d'orienter un parcours dans les meilleures conditions.</p> <p>La gestion des risques en équipe est une notion avec laquelle les professionnels de santé sont de mieux en mieux familiarisés.</p> <p>En effet, la réglementation récente et les dispositifs relatifs à la sécurité des soins favorisent cette pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements associés aux soins en établissement de santé (article R 611-1 et suivants du CSP) qui instaure un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins chargé de fédérer et de mutualiser l'expertise disponible - l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé qui implique en outre la mise en place de démarches pluri-professionnelle d'analyses de risques dans un objectif de sécurisation - la certification des établissements de santé - les mesures incitatives destinées à favoriser le partage entre professionnels dans un objectif de qualité et de sécurité (exemple du financement dédié au développement du retour d'expérience de 16 M€ en 2012, reconduit en 2013 pour, organisés en équipe, sur les évènements indésirables - le Programme national pour la sécurité des patients (2013/2017) qui prévoit une série d'actions valorisant la relation d'équipe en raison de son impact sur la sécurité des soins (actions 39 à 43) |
| <p>Objectifs de la formation</p> | <p>Bien que les textes réglementaires mentionnés ci-dessus concernent les établissements sanitaires, cette formation a vocation à être déclinée en établissements sanitaires et en établissements médico-sociaux, en insistant sur les risques existants en M.C.O, en psychiatrie et dans les structures prenant en charge des personnes âgées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe 2. Favoriser le travail en équipe (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ») 3. Assurer l'articulation entre l'équipe – son établissement de santé et le(s) organisme(s) professionnels (Collège professionnel, société |

| | |
|------------------------------|--|
| | savante, organisme agréé pour l'accréditation ...) |
| Eléments du programme | <p>Le contenu de la formation est décliné afin de répondre aux objectifs ci-dessus :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe : <ol style="list-style-type: none"> a. Notions de gestion et de maîtrise des risques, de retour d'expérience. Définitions des EIAS, y compris évènements porteurs de risque (ou near miss) et EIG. Rôle du patient co-acteur de sa sécurité. b. Méthodes et outils pour prévenir, détecter identifier, analyser et récupérer des EIAS. Des thématiques/situations à risque ciblées peuvent être pré-définies (cf. infra), c. Méthodes et outils pour mettre en place un retour d'expérience. 2. Favoriser le travail en équipe (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ») : <ol style="list-style-type: none"> a. Méthodes et outils pour analyser collectivement (entre les membres de l'équipe) les EIAS à travers une organisation dédiée (de type RMM), b. Renforcer la compétence de l'équipe pour « travailler ensemble ». Par exemple : temps de formation dédié aux modalités du travail en équipe (de type « <i>Médical Team Training</i> »), séance de simulation, appropriation d'outils de communication interprofessionnels ... c. Evaluer le travail en équipe (organisation, processus, résultats) et la culture de sécurité de l'équipe (auto-évaluation) 3. Assurer l'articulation entre l'équipe – son établissement de santé et le(s) organisme(s) professionnels (Collège professionnel, société savante, organisme agréé pour l'accréditation ...) <ol style="list-style-type: none"> a. Connaître les dispositifs existants qu'ils soient nationaux (certification des établissements, développement professionnel continu, accréditation des médecins) et locaux (rôle de la CME , de la Commission des Soins infirmiers, de la commission des usagers) dans la sécurité des soins. Savoir identifier les interlocuteurs clés. b. S'assurer de la cohérence des démarches mises en place par l'équipe avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le plan de développement professionnel continu de l'établissement. c. Savoir traduire la démarche mise en place par l'équipe dans un projet de service collectif pour améliorer la Qualité et la Sécurité de |

| | |
|---------------|---|
| | <p>la prise en charge clinique des patients. Ce projet de service doit s'appuyer sur une auto évaluation des points faibles des objectifs chiffrés d'amélioration et des indicateurs de suivi (moins de complications, des complications mieux gérées, une sortie mieux sécurisée, etc)</p> |
| Public | <ul style="list-style-type: none">- Equipe « constituée » (pôle, service, secteur ou unité) ou équipe formée par les professionnels mobilisés autour de « parcours » spécifiques (interfaces intra-hospitalières, mais aussi ville/ES/médico-social par exemple)- équipe formée de professionnels relevant de différents métiers (médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs...) |

Evaluation annuelle du Taux d'émission Carbone Parc automobile 2011 du CHU de Rennes

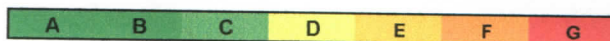
Nombre de véhicules par catégorie



| | A | B | C | D | E | F | G | | Total CO ² / T |
|-------------------|---|----|----|----|----|---|----|----|---------------------------|
| Ambulances | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 1 | 0 | 25 | 46,78 t |
| VSL | 0 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 8 | 16,71 t |
| PL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 14 | 100,84 t |
| FOURGON | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 6 | 12 | 23 | 42,25 t |
| SMUR | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 11 | 46,56 t |
| VL | 0 | 14 | 15 | 10 | 37 | 1 | 0 | 77 | 151,46 t |

| | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 15 | 18 | 14 | 70 | 11 | 30 |
| 158 | | | | | | |

404,60 t



Moyenne



235 gr/km



Réseau pour l'Amélioration de la Qualité,
la gestion des Risques et l'Évaluation en Santé de Maine-et-Loire

Indicateur Développement Durable Et V2010 :

L'IDDE v2010



Réseau AQuaRES 49
Secrétariat de la cellule qualité
Centre Hospitalier Universitaire
4 rue Larrey – 49933 Cedex 9
☎ : 02 41 35 37 33 - Fax : 02 41 35 55 06
e-mail : cellule-qualite@chu-angers.fr - www.aquares49.fr

SOMMAIRE

| | |
|---|---------|
| Document introductif | page 3 |
| Equipe de réalisation | page 4 |
| Méthodologie d'élaboration | page 5 |
| Présentation de l'outil | page 6 |
| Agenda 21 type | page 7 |
| Fiche action type | page 11 |
| Modèle de suivi de plan d'action | page 12 |

Un indicateur de mesure du développement durable en santé, pourquoi?

« Répondre aux besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs », telle est la définition la plus communément admise du développement durable.

Le Grenelle de l'environnement de 2007 a émis des recommandations traduites politiquement par l'adoption de la loi du 3 Aout 2009.

La haute autorité de santé (HAS) s'est aussi associée à cette évolution sociétale. Considérant que les établissements de santé sont des acteurs importants du développement durable, elle l'a introduit dans son référentiel de certification en version 2010.

Les valeurs que véhicule le développement durable sont bien entendu celles des établissements de santé si l'on considère par exemple leur mission dans la prévention, l'éducation thérapeutique mais aussi leur impact sur leur environnement économique, écologique et social.

Cependant mettre en œuvre une politique et des actions en matière de développement durable nécessite une connaissance des concepts et des méthodes, permettant de répondre en particulier aux exigences de la HAS.

Les établissements du réseau AQuARES 49 attentifs à ces évolutions ont souhaité à travers les travaux du réseau, se doter d'outils leur permettant d'entrer dans cette nouvelle dynamique et de répondre concrètement aux exigences de la HAS.

L'outil construit grâce à la contribution de professionnels du réseau mais aussi d'autres professionnels d'établissements des pays de la Loire déjà engagés dans le développement durable permet de répondre à cette double exigence.

Cet outil est construit autour des critères du référentiel HAS. Répondre aux différents items permet d'obtenir un score diagnostic mais aussi d'identifier au sein de son établissement les actions qui restent à développer pour atteindre l'objectif fixé par la HAS.

Cet outil propose donc un parcours pédagogique permettant aux établissements d'acquérir le niveau minimum d'information leur permettant d'implanter une politique de développement durable.

Cet outil est proposé en version d'essai, il a vocation à évoluer. Nous recevrons donc avec intérêt les remarques qui nous permettront de le faire évoluer

**« Nous n'héritons pas de la terre de nos parents,
nous l'empruntons à nos enfants ».**

A. de SAINT EXUPERY

Merci à l'ensemble des membres du groupe de travail qui ont permis la réalisation de cet outil

Dr M.C. Moll
Coordonnateur du réseau

Equipe de réalisation

Chefs de projet :

- Monsieur LE HENAFF, directeur adjoint, CRLCC René Gauducheau, Nantes
- Mme le Docteur M.C. MOLL Coordonnateur du réseau

Groupe de travail :

Membres du réseau :

- M. ANQUIER, Directeur, Maison Saint Joseph, Chaudron en Mauges
- Mlle BOURIGAULT, Responsable qualité Centre de soins de suite Saint-Claude et Centre Basse Vision
- Mme DONEAU Pharmacien responsable qualité centre Paul Papin Angers (CRLCC)
- M. FEAUVEAU, technicien qualité HL Aimé Jallot Candé
- Mme JEAN, Directeur adjoint, CH Cholet
- M. LACOSTE, Directeur des services économiques, du plan et des travaux, CESAME Ste Gemmes sur Loire
- Mlle LEGUERN, Responsable qualité HL Beaugois Vallée
- Mme MERLET, Ingénieur Qualité, Réseau AQUaRES 49
- Mme le Docteur Marie-Christine MOLL, Médecin coordonnateur du Réseau AQUaRES 49
- M. NIORT, Ingénieur plan et travaux, CESAME Ste Gemmes sur Loire
- M. VAPAILLE, Directeur coordonnateur du pôle logistique, CHU Angers

Membres extérieurs au réseau :

- CHU de Nantes (Mme CHEVALLIER, ingénieur en organisation)
- Groupe 3H (Mme PAILLOU, Directrice qualité gestion des risques Mme CHARBONNIER, chargée de mission qualité)
- CRLCC Gauducheau (M. LE HENAFF, directeur adjoint)
- SANOFI AVENTIS (Mme KOENIG, Directeur des Affaires Publiques Région Pays de Loire)

Support technique :

- Mme MERLET, Ingénieur Qualité, Réseau AQUaRES 49

Méthodologie

Références bibliographiques

- Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS
- L'IDD Santé du C2DS (Comité développement durable en santé)
- Le baromètre développement durable de la DHOS
- Travaux du CHU de Brest
- Travaux des établissements des membres du groupe de travail

Elaboration de l'outil

Le groupe de travail s'est tout d'abord attaché à lister l'ensemble des critères du manuel de certification V2010 de la HAS relatifs au développement durable.

Les critères HAS ont été regroupés en plusieurs thématiques :

- Engagement dans le développement durable
- Le programme d'action
- Communication interne
- Communication externe
- Achats éco responsables / socio-responsables/ achats spécifiques
- Bâtiments
- Gestion de l'eau
- Gestion de l'air
- Gestion de l'énergie
- Transports
- Gestion des déchets
- Social sociétal
- Santé et sécurité au travail
- Qualité de vie au travail
- Développement durable dans la prise en charge des patients

Les thématiques ont ensuite été reprises une par une par le groupe. Des critères d'évaluation ont été définis à partir de la revue bibliographique et de la propre expertise des membres du groupe dans leurs domaines respectifs.

Une centaine de critères ont ainsi été listés.

La pondération

Chaque membre du groupe de travail a affecté à chacun des critères identifiés, une note de 0 à 5, fonction de l'importance accordée au critère en termes d'impact sur le développement durable.


La synthèse de ces données nous a amené à identifier 4 grandes catégories de critères :

| Nombre de points attribués par le groupe de travail | Points attribués dans l'outil |
|---|-------------------------------|
| >20 points | 3 points |
| Entre 17 et 20 points | 1,5 à 2 points |
| Entre 14 et 17 | 1 point |
| <14 | 0,1 point |


La somme des points attribués aux critères permet d'obtenir un score sur 100 points.

L'outil

Il se présente sous forme d'une grille Excel avec des cases à cocher (OUI ou NON) ou des valeurs à inscrire.

|  L'IDDE v2010 INDICATEUR DEVELOPPEMENT DURABLE ET V2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------|---------------------|--------|--------------------|---|--|--|
| Catégorie | N° | REF HAS | CRITERES | OUI | NON | Valeur | Score établissement | points | Détail pondération | | | |
| nt dans le développement durable | 1 | 1b | Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 0,0 | 3 | 3 | si oui =3 | | |
| | 2 | | Le développement durable fait l'objet de contractualisation avec l'ARS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 0,0 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | 3 | | L'établissement dispose d'une instance de pilotage en matière de développement durable ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 0,0 | | 0,4 | si oui = 0,4 | | |
| | | | SI OUI : Quelle est sa composition ? | | | | | | | si cadre de direction + services techniques + | | |
| | | | cadre de direction (DRH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | partenaires sociaux (CHSCT, CTE Et DP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | médecine du travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | membres du CLIN ou de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | Professionnels de santé médicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | 3.1 | Professionnels de santé soignants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 0,0 | | 0,3 | | | | |

Ces données affectent automatiquement un score à l'établissement pour chaque critère.

|  L'IDDE v2010 INDICATEUR DEVELOPPEMENT DURABLE ET V2010 | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|---------------------|--------|--------------------|---|--|--|
| Catégorie | N° | REF HAS | CRITERES | OUI | NON | Valeur | Score établissement | points | Détail pondération | | | |
| nt dans le développement durable | 1 | 1b | Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3,0 | 3 | 3 | si oui =3 | | |
| | 2 | | Le développement durable fait l'objet de contractualisation avec l'ARS? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | 0,0 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | 3 | | L'établissement dispose d'une instance de pilotage en matière de développement durable ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 0,4 | | 0,4 | si oui = 0,4 | | |
| | | | SI OUI : Quelle est sa composition ? | | | | | | | si cadre de direction + services techniques + | | |
| | | | cadre de direction (DRH) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | partenaires sociaux (CHSCT, CTE Et DP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | médecine du travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | membres du CLIN ou de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | Professionnels de santé médicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | 3.1 | Professionnels de santé soignants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 0,3 | | 0,3 | | | | |

Dans la deuxième feuille du classeur Excel, un tableau reprend la somme des points obtenus par thématique en regard du score maximal.

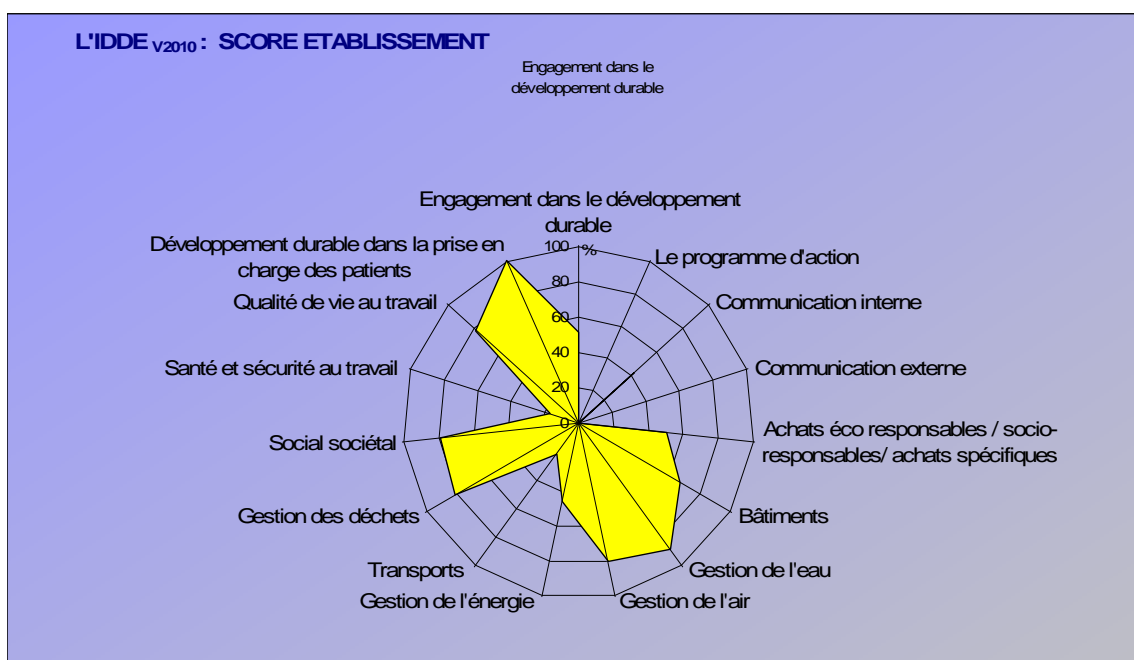
La somme de ces scores donne un résultat sur 100 points pour l'établissement.

| | SCORE ETABLISSEMENT | SCORE MAXIMAL | % |
|--|------------------------|------------------|--------|
| Engagement dans le développement durable | 3,13 | 6,1 | 51,31 |
| Le programme d'action | 0 | 7,1 | 0,00 |
| Communication interne | 1,5 | 3,6 | 41,67 |
| Communication externe | 0 | 0,4 | 0,00 |
| Achats éco responsables / socio-responsables/ achats spécifiques | 7,4 | 15 | 49,33 |
| Bâtiments | 0,2 | 0,3 | 66,67 |
| Gestion de l'eau | 10,2 | 11,6 | 87,93 |
| Gestion de l'air | 3,8 | 4,8 | 79,17 |
| Gestion de l'énergie | 3,8 | 8,4 | 45,24 |
| Transports | 1,2 | 5,6 | 21,43 |
| Gestion des déchets | 12,51 | 15,6 | 80,19 |
| Social sociétal | 5,1 | 6,5 | 78,46 |
| Santé et sécurité au travail | 0,7 | 4,2 | 16,67 |
| Qualité de vie au travail | 6,3 | 8,1 | 77,78 |
| Développement durable dans la prise en charge des patients | 2,5 | 2,5 | 100,00 |
| TOTAL | 58,34 | 100 | |
| CLASSE DE L'ETABLISSEMENT : | C | | |

Le score total de l'établissement donne lieu à un classement en 4 catégories :

- Classe A : score total établissement supérieur à 80%
- Classe B : score total établissement compris entre 60 et 80%
- Classe C : score total établissement compris entre 40 et 60 %
- Classe B : score total établissement inférieur à 40 %

Un graphique en radar, sur une autre feuille représente les résultats de l'établissement thématique par thématique :



1- Présentation de la démarche développement durable de l'établissement

a. Présentation générale de l'établissement

Propre à chaque établissement

b. Les enjeux en matière de développement durable

Exemple

« Répondre aux besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs », telle est la définition la plus communément admise du développement durable.

Le Grenelle de l'environnement de 2007 a émis des recommandations traduites politiquement par l'adoption de la loi du 3 Aout 2009.

La haute autorité de santé (HAS) s'est aussi associée à cette évolution sociétale. Considérant que les établissements de santé sont des acteurs importants du développement durable, elle l'a introduit dans son référentiel de certification en version 2010.

Les valeurs que véhicule le développement durable sont bien entendu celles des établissements de santé si l'on considère par exemple leur mission dans la prévention, l'éducation thérapeutique mais aussi leur impact sur leur environnement économique, écologique et social...

Veiller à assurer la cohérence avec les politiques locales et / ou territoriales

c. L'identification des acteurs internes et externes à l'établissement en matière de développement durable

Exemple

- Administrateurs du Conseil d'Administration
- Tutelles
- Employés et syndicats
- Usagers et leurs représentants
- Fournisseurs / banques / industriels
- Autres hospitaliers (FHF, FEHAP...)
- Les collectivités locales :
 - ville,
 - Communauté Urbaine,
 - Conseil Général,
 - Conseil Régional
- Autres Partenaires de projets
- ...

2- Les orientations stratégiques / les objectifs de réalisation de l'établissement en matière de développement durable

Exemple

- Responsabiliser les acteurs au regard de l'ensemble de leurs impacts environnementaux :
 - Mieux prendre en compte les normes environnementales dans les opérations de construction et de réhabilitation
 - Mettre en place une politique de prévention des déchets tout en tenant compte de la maîtrise de la sécurité sanitaire
 - Améliorer le tri sélectif des déchets
- Optimiser l'utilisation de l'énergie en intégrant la nécessaire sécurité des approvisionnements :
 - Maîtriser et réduire les consommations énergétiques.
 - Réaliser les diagnostics énergétiques des bâtiments et installations et mettre en œuvre des réponses adaptées
 - Réfléchir à l'utilisation d'énergies renouvelables.
- Préserver et valoriser les ressources naturelles :
 - Maîtriser et réduire les consommations d'eau
 - Préserver et valoriser les espaces verts au sein de l'établissement
- Promouvoir la santé publique auprès des Usagers, des partenaires, des patients et des personnels :
 - Poursuivre la mise en œuvre du programme d'action Plan Nutrition Santé
 - Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient
- Favoriser la qualité de vie au travail :
 - Réfléchir à la mise à disposition d'une crèche pour le personnel de l'établissement
- Orienter les moyens et les infrastructures de déplacement vers une mobilité durable :
 - Mettre en œuvre les recommandations du plan de déplacement en établissement PDE
 - Restructurer les réseaux de circulation au sein de l'établissement
 - Réorganiser le stationnement interne
 - S'équiper progressivement de véhicules propres
- Intégrer les principes de développement durable dans les pratiques quotidiennes des hospitaliers :
 - Maîtriser et réduire la consommation du papier.
 - Favoriser la dématérialisation des procédures et réduire la part de reproduction papier des documents
 - Favoriser l'usage du papier recyclé
 - Sensibiliser les agents pour des gestes quotidiens exemplaires (éco-gestes)
- Mettre en œuvre une politique d'achats responsables :
 - Intégrer les clauses environnementales et DD à la commande publique
 - Mettre en œuvre la clause d'insertion dans les marchés de travaux

- Favoriser autant que possible la consommation de produits « bio »
- Suivre et évaluer les impacts de la mise en œuvre des actions :
 - Produire un rapport annuel d'activité explicatif et chiffré
 - Communiquer les objectifs de développement durable aux différentes parties prenantes (intérieures et extérieures)

3- Le plan d'action

Pour chaque objectif de réalisation, établir une fiche d'action

Exemple de tableau récapitulatif des actions

| DOMAINE | ACTIONS | METHODOLOGIE | ECHÉANCES/CALENDRIER |
|--|--|--|---|
| I - Bâtiments, installations classés Hôpital 2012 : engagement Démarche HQE (Haute Qualité Environnementale) | Phase I Restructuration Hôtel Dieu Nord | Définition des cibles avec le programmiste | Programme 2010 |
| | Phase II Aménagement Urgences Imagerie | Définition des cibles avec le programmiste | Programme 2013 |
| | IFSI | Dans le cadre de la reconstruction après incendie | 2010 |
| | Robert Debré | - Choix bureau d'études - DPE et Audit - Actions correctives | Mai 2009 Automne 2009 2010 et suivantes |
| Audit énergétique des bâtiments Diagnostic de performance énergétique (DPE) | Autres bâtiments (à définir par priorité fonction programme travaux projetés) | Lancement DPE Actions correctives | 2010 2011 et suivantes |

FICHE ACTION TYPE

ACTION N°: _____

Cadre général

1 - Volet développement durable de l'action :

Economique Social Environnemental Gouvernance

2 - Orientation stratégique de l' AGENDA 21 visé

3 – Chef de projet :

Description de l'action

Problématique de départ

Objectif à atteindre :

Méthodologie :

Moyens et coûts :

Equipe de réalisation :

Calendrier de mise en œuvre

Moyens permettant d'assurer la pérennité de l'action (indicateur) :

Date :

Nom du rédacteur :

Validation par la direction de l'établissement

Exemple d'outil de suivi d'avancement des actions

Cf. fichier Excel joint

| Catégorie | N° | REF HAS | CRITERES | Réponse pour l'établissement | Valeur | Score établissement | points | | Détail pondération (note maximale possible) | | |
|--|-----------|--|--|------------------------------|--------|---------------------|--------|--|---|---|--|
| Engagement dans le développement durable | 1 | 1b | Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques de l'établissement | En Grande Partie | | 2 | 3 | 3 | si oui =3 | | |
| | 2 | | Le développement durable fait l'objet de contractualisation avec l'ARS? | Non | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | 3 | | L'établissement dispose d'une instance de pilotage en matière de développement durable ? | Oui | | 0,4 | | 0,4 | si oui = 0,4 | | |
| | 3.1 | | SI OUI : Quelle est sa composition ? | | | | 0,3 | 1 | 0,3 | si cadre de direction + services techniques + qualité =0,25 | |
| | | | cadre de direction (DRH) | Oui | | | | | | | |
| | | | partenaires sociaux (CHSCT, CTE Et DP) | | | | | | | | |
| | | | médecine du travail | | | | | | | | |
| | | | membres du CLIN ou de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière | | | | | | | | |
| | | | Professionnels de santé médicaux | Oui | | | | | | | |
| | | | Professionnels de santé soignants | Oui | | | | | | | |
| Personnels des services logistiques/ techniques | Oui | | | | | | | | | | |
| Gestionnaires des risques ou qualitatifs | Oui | | | | | | | | | | |
| Administrateur | Oui | | | | | | | | | | |
| Représentant des usagers | | | | | | | | | | | |
| Autre (préciser) : | | | | | | | | | | | |
| 3.2 | | SI OUI à quelle fréquence se réunit-elle ? | | | | 0,3 | 0,3 | si au moins 2 fois par an et au moins une réunion porte sur l'évaluation des plans d'action =0,3 | | | |
| | | Au moins 1 fois par an | | | | | | | | | |
| | | Au moins 2 fois par an | Oui | | | | | | | | |
| 4 | | En cas de besoin uniquement | | | | | | | | | |
| | | Au moins une réunion dont l'ordre du jour porte sur l'évaluation des plans d'action | Oui | | | | | | | | |
| | | Les responsabilités en matière de développement durable sont définies | Oui | | | | | | | | |
| 4.1 | | SI OUI : Qui en a la responsabilité : | | | | 2 | 2 | 2 | si au moins une réponse = 2 | | |
| | | Une personne est désignée | | | | | | | | | |
| | | Un ou plusieurs référents | | | | | | | | | |
| | | Une cellule transversale | Oui | | | | | | | | |
| | | Une instance institutionnelle | | | | | | | | | |
| | | Une direction ou Un pôle | | | | | | | | | |
| | | Autre (préciser) : | | | | | | | | | |
| Le programme d'actions | 5 | 1b | Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement | Oui | | | | | | | |
| | 5.1 | | SI OUI sur quel(s) pilier(s) du développement durable porte-t-il ? | | | | | | | | |
| | | | Sur l'aspect social | | | | | | | | |
| | | | Gestion prévisionnelle des emplois et compétences | | | | | 1 | 1 | si au moins une action par pilier = 1 pt par pilier | |
| | | | plan senior | | | | | | | | |
| | | | plan de déplacement en entreprise | Oui | | | | | | | |
| | | | Bien être des personnes | Oui | | | | | | | |
| | | | Conditions de travail | Oui | | | | | | | |
| | | | Emploi travailleurs handicapés | Oui | | | | | | | |
| | | | Risques professionnels | Oui | | | | | | | |
| | | | Autre (préciser) : | | | | | | | | |
| | | | Sur l'aspect environnemental | | | | | | | | |
| | | | bilan carbone | Oui | | | 1 | 1 | | | |
| | | | ICPE (installations classées pour la protection de l'environnement) | Oui | | | | | | | |
| | | | HQE (Haute qualité environnementale) | Oui | | | | | | | |
| Bâtiment | Oui | | | | | | | | | | |
| Transports | Oui | | | | | | | | | | |
| Déchets | Oui | | | | | | | | | | |
| Diagnostic de performance énergétique | Oui | | | | | | | | | | |
| Diagnostic amiante | Oui | | | | | | | | | | |
| Autre (préciser) : | | | | | | | | | | | |
| Sur l'aspect économique | | | | | | | | | | | |
| investissement / exploitation / achats | Oui | | | 1 | | | | | | | |
| Autre (préciser) : | Oui | | | | | | | | | | |
| 6 | 1b | Un programme d'action pluriannuel en matière de développement durable est élaboré | Partiellement | | | 1 | 3 | 3 | si oui = 3 pt | | |
| 7 | 1b | Le programme d'action fait l'objet de suivi et de réajustements réguliers | Oui | | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 pt | | |
| 8 | | Un processus de certification ISO 14001 ou autre éco-label de certaines activités est engagé | Non | | | 0 | 0,1 | 0,1 | | | |
| 8.1 | | SI OUI préciser sur quelles activités | | | | | | | texte | | |
| 8.2 | | SI OUI préciser sur quel éco-label | | | | | | | texte | | |
| Communication interne | 9 | | Une information, à destination du personnel, sur le développement durable existe : | Oui | | 1 | | 1 | si OUI = 1pt | | |
| | 9.1 | | SI OUI : | | | 0,5 | 1,5 | 0,5 | si au moins 1 support =0,5 si 0 support =0 | | |
| | | | sur le site Internet de l'établissement | Non | | | | | | | |
| | | | dans le livret d'accueil du personnel | Non | | | | | | | |
| | | | dans le journal interne | Oui | | | | | | | |
| | | | sur l'intranet de l'établissement | Oui | | | | | | | |
| affichage spécifique | En Partie | | | | | | | | | | |
| réunions d'informations | Non | | | | | | | | | | |
| Autre (préciser) : | | | | | | | | | | | |
| 10 | 3b | Le personnel est encouragé à s'engager dans des projets de développement durable de l'établissement | Oui | | | 1 | 1 | 1 | si oui =1 | | |
| 10.1 | | SI OUI de quelle manière -> PDE | | | | | | | texte | | |
| 11 | | Le personnel dans son ensemble a été sensibilisé au développement durable | Partiellement | | | 0,2 | 1 | 1 | si oui =1 | | |
| 12 | | Le développement durable est intégré dans la procédure d'accueil des nouveaux arrivants | Non | | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| Communication externe | 13 | | Une information, à destination du public, sur le développement durable existe : | Non | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| | | | sur le site Internet de l'établissement | Non | | | | | | | |
| | | | dans le livret d'accueil patient | Non | | | | | | | |
| | | | dans le journal interne | Non | | | | | | | |
| affichage spécifique | Non | | | | | | | | | | |
| réunions d'informations | Non | | | | | | | | | | |
| autres (préciser) | | | | | | | | | | | |
| 14 | 1b | L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux locaux | Non | | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| 15 | 1b | L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs culturels locaux | Non | | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| 16 | 1b | L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs économiques locaux | Oui | | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| Ces critères peuvent intervenir à tous les stades des appels d'offres et concernent, en première phase, les achats n'intervenant pas directement dans les soins au patient et n'impactant pas la sécurité sanitaire pour ces derniers | | | | | | | | | | | |
| 17 | 6f | La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat éco responsable | Partiellement | | | 1 | 3 | 3 | si oui =3 | | |
| 18 | 6f | L'établissement initie une démarche d'achat éco responsable pour certains produits et/ou services | Oui | | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui =1,5 | | |
| | | SI OUI lesquels | Achats désherbant, parc auto, nettoyage | | | | | | texte | | |
| 19 | | Il existe une réflexion coût efficacité de l'usage unique | Partiellement | | | 0,03 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| 20 | | Des critères environnementaux sont intégrés dans les démarches d'achats ? | Partiellement | | | 0,3 | 1 | 1 | si oui =1 | | |
| 21 | | Des critères de choix des offres en matière de protection de l'environnement sont intégrés | Partiellement | | | 0,05 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| 22 | | Des conditions d'exécution à caractère environnemental sont insérées dans les marchés | Partiellement | | | 0,3 | 1 | 1 | si oui =1 | | |
| 23 | | Des critères sociaux sont intégrés dans les marchés | En Grande Partie | | | 0,08 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| | | SI oui lesquels | | | | | | | texte | | |
| 23.1 | | Vérification du respect d'obligations des travailleurs handicapés | En Grande Partie | | | 0,5 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| 23.2 | | Lutte contre le travail illégal : vérification du respect des obligations sociales à la signature du marché et tous les 6 mois pendant son exécution | Oui | | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |
| 23.3 | | Evaluation des offres par des critères d'attribution sociaux (ex: formation des personnels) | En Grande Partie | | | 0,07 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---------------|-------------------|----------|--------------|--|-----------------------|
| Achats éco responsables / socio-responsables/ achats spécifiques | 24 | L'obligation de s'engager à réserver une part des heures de travail générées par le marché à des publics en parcours de réinsertion est imposée aux entreprises soumissionnaires dans les marchés de travaux ou de service | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 25 | Des marchés sont réservés à des entreprises adaptées | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 25,1 | Papier : L'utilisation de papier blancs écolabellisés et/ou contenant des fibres recyclées est encouragée Part de papier blancs écolabellisés et/ou contenant des fibres recyclées | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui ou >0 =0,1 | |
| | 25,2 | Consommables d'impression : La filière de recyclage des cartouches est prise en compte | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 25,3 | Alimentation : L'utilisation de produits issus de l'agriculture biologique et/ou du commerce équitable est encouragée Part des produits issus de l'agriculture biologique et/ou du commerce équitable | Partiellement | | 0,01 | 0,1 | 0,1 | si oui ou >0 =0,1 | |
| | 25,4 | Equipements électriques : Des exigences d'appareils électriques de faible consommation (référentiel Energy Star ou équivalent) sont prises en compte | En Grande Partie | | 0,05 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 25,5 | Equipements électriques /électroniques : L'engagement pour les fournisseurs à reprendre les matériels usagés est pris en compte | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 25,6 | Equipements informatiques La filière d'élimination des déchets est prise en compte | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 25,7 | Produits d'entretien et de désinfection L'utilisation des produits écolabellisés est encouragée Part des produits écolabellisés | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui ou >0 =0,1 | |
| | 25,8 | Mobilier de bureau : L'achat de mobiliers fait avec du bois issus de forêts gérées durablement est encouragé Part de l'achat de mobiliers fait avec du bois issus de forêts gérées durablement | Oui A vérifier | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui ou >0 =0,1 | |
| | 25,9 | Travaux : L'établissement privilégie les matériaux ne générant pas d'émanations susceptibles de polluer l'air intérieur, l'eau, le sol (inclus dans cahier des charges) | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui =0,1 | |
| | 26 | Nombre total de marchés (ou procédures d'achats) passés sur l'année N-1 | 700-800 | | 0 | 0 | 0 | texte | |
| | 26,1 | Proportion de marchés ou de procédures d'achats passés avec des exigences environnementales sur l'année N-1 | traces | | 0,1 | 0,6 | 0,6 | si >0 =0,1 si >5% =0,3 si >10% =0,6 | |
| | 26,2 | Proportion de marchés ou de procédures d'achats passés avec des exigences sociales sur l'année N-1 | >10% | | 0,6 | 0,6 | 0,6 | | |
| | 27 | Les acheteurs ont suivi une formation au développement durable ? Proportion d'acheteurs formés | Non | | 0 | 3 | 3 | si 0 =0 si >1 et <30% = 1 | |
| | 28 | ef Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place | Partiellement | | 0,01 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 29 | L'établissement adhère à un réseau d'achat respectant l'approche développement durable ? L'établissement a-t-il un projet de construction neuve, d'extension ou de rénovation en cours ? | Partiellement Oui | | 0,05 0,1 | 1 0,1 | 1 0,1 | si oui = 1 si oui = 0,1 | |
| | Bâtiments | 30 | 1b Si OUI : ce projet a-t-il été pensé selon un référentiel d'éco-construction Préciser lequel | Partiellement | | 0,03 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 texte |
| | | 31 | Il existe un dossier technique amiante | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 |
| Gestion de l'eau | 32 | Les réseaux sont identifiés | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 33 | Les niveaux de consommation sont connus | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 34 | 7a Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par le CLIN (ou équivalent) | Partiellement | | 0,8 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 35 | 7a Un plan de maintenance préventif et curatif des installations, élaboré avec le CLIN ou équivalent est mis en œuvre | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 36 | Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec le CLIN ou équivalent et tracés | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 37 | Une politique de réduction de la consommation d'eau est intégrée au projet d'établissement | Non | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 38 | Cette politique est déclinée en actions sur le terrain | Partiellement | | 0,03 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 39 | Des systèmes de limitation de consommation d'eau sont en place | En Grande Partie | | 0,8 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 40 | 7a Un suivi des postes de consommation d'eau est réalisé | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 41 | 7a La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés | Partiellement | | 0,3 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 42 | 7a Un suivi des différents types de rejets est assuré | En Grande Partie | | 1 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 43 | 7a Des actions d'améliorations sont mises en place suite aux différents contrôles et suivis Si OUI elles portent sur : Sur la consommation Sur les effluents | Partiellement Non Partiellement | | 0,03 0 0,03 | 0,3 | 0,1 0,1 | si oui = 0,1 si oui = 0,1 si oui = 0,1 | |
| | 44 | Il existe un carnet sanitaire actualisé | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| Gestion de l'air | 45 | 7b Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé | En Grande Partie | | 1 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 46 | 7b L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales | Partiellement | | 0,2 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 47 | 7b Des mesures de protection sont mises en place en cas de travaux | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 48 | 7b Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec le CLIN ou équivalent sont mis en œuvre | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 49 | 7b La traçabilité des différentes interventions est réalisée | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 50 | 7b Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique | En Grande Partie | | 0,05 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 51 | 7b Des actions d'améliorations sont mises en œuvre | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| Gestion de l'énergie | 52 | Les niveaux de consommation sont connus | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 53 | 7c Un diagnostic énergétique est réalisé | Partiellement | | 0,3 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 54 | Le bilan carbone est réalisé | Non | | 0 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 55 | 7c Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie | Partiellement | | 0,3 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 56 | 7c Un plan de maintenance des installations est mis en œuvre | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 57 | 7c Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre | Partiellement | | 0,3 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 58 | 7c Un suivi périodique est réalisé | En Grande Partie | | 0,5 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 59 | 7c Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée | Partiellement | | 0,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 60 | Le personnel est sensibilisé aux éco-gestes énergétiques | Partiellement | | 0,3 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 61 | L'établissement est producteur d'énergie | Non | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 62 | Des systèmes de récupération de chaleur sont en place (pompe à chaleur, échanges solaires air/eau, cogénération, géothermie...) | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| Transports | 63 | L'état des lieux des déplacements des personnels au sein de l'établissement est réalisé | Non | | 0 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 64 | L'état des lieux des déplacements des personnels (domicile/lieu de travail) est réalisé | Non | | 0 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 65 | L'état des lieux des déplacements des personnels, inter établissements est réalisé | Partiellement | | 0,05 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 66 | L'état des lieux des autres déplacements générés par l'activité est réalisé | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 67 | L'établissement a mis en place un plan de déplacement | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 68 | La pratique du covoiturage est encouragée | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 69 | Le parc de véhicules comporte des véhicules électriques et/ ou hybrides | Non | | 0 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 70 | Un abonnement de transports en commun est partiellement pris en charge par l'établissement | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 71 | Un parc à vélo est mis à disposition | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| 72 | Votre établissement est desservi par les transports en commun | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| des déchets | 73 | 7e L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui =1,5 | |
| | 73,1 | 7e L'établissement a catégorisé et quantifié sa production d'effluents | Partiellement | | 0,5 | 1,5 | 1,5 | si oui =1,5 | |
| | 74 | 7e La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées | Non | | 0 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 75 | 7e Les procédures de gestion des déchets sont établies | En Grande Partie | | 0,7 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 76 | 7e Le tri des déchets est réalisé | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 77 | 7e Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées | En Grande Partie | | 1 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 78 | 7e Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 79 | 7e Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés | En Grande Partie | | 0,3 | 0,6 | 0,6 | si oui = 0,6 | |
| | 79,1 | 7e Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont analysés | Oui | | 0,6 | 0,6 | 0,6 | si oui = 0,6 | |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|---|--|--|---|------|-----|-----------------------|--|--------------|
| Gestion | 80 | 7e | Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 81 | 7e | L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 82 | | La valorisation des déchets est mise en place | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 82,1 | | Nombre de filières de valorisation des déchets | Entre 20 et 25 | | 2 | 2 | 2 | si 0 = 0 si ≥1 et <5 = 0,4 si ≥5 et <10 = 0,8 si ≥10 et <15 = 1 si ≥15 et <20 = 1,5 si ≥20 = 2 | |
| 83 | | Le niveau de production de déchets est connu (tonnage) | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | | |
| Social sociétal | 84 | 3a | L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre | Oui | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 | |
| | 85 | | Chaque personnel bénéficie d'un entretien annuel ? indiquer le % de personnel bénéficiant d'un entretien annuel | 80% | | 0,3 | 0,4 | 0,4 | si 0 = 0 si ≥1 et <30% = 0,1 si ≥31 et <60% = 0,2 si ≥61 et <90% = 0,3 si ≥90 = 0,4 | |
| | 86 | | Taux d'accidents du travail (année N-1) Nb Jours arrêt /Nb jours travaillés | 1,60% | | 0,4 | 0,5 | 0,5 | si 0 = 0,5 si >0 et <2% = 0,4 si ≥2 et <4% = 0,3 si ≥4 et <7% = 0,2 si ≥7 et <10% = 0,1 si >10% = 0 | |
| | 87 | | Taux d'absentéisme (année N-1) hors congé maternité hors CLM hors AT | 4,50% | | 0,4 | 1 | 1 | si >0 et <2% = 0,8 si ≥2 et <4% = 0,6 si ≥4 et <7% = 0,4 si ≥7 et <10% = 0,2 si >10% = 0 | |
| | 88 | 3a | Il existe un plan de formation | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 89 | | Des formations au développement durable sont proposées | Non | | 0 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 90 | | Il existe une politique formalisée de promotion interne | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 91 | | Travail précaire Taux personnel situation précaire (contrats aidés, CDD) / personnel titulaire ou CDI | 12% à compléter | | 0,4 | 1 | 1 | si 0 = 1 si >0 et <5% = 0,8 si ≥5 et <10% = 0,6 si ≥10 et <20% = 0,4 si ≥20 et <30% = 0,2 si >30% = 0 | |
| | Santé et sécurité au travail | 92 | 3c | Le volet social du projet d'établissement prévoit un plan d'amélioration des conditions de travail ? | En Grande Partie | | 1 | 1,5 | 1,5 | si oui = 1,5 |
| | | 93 | 3c | Les risques professionnels sont identifiés | En Grande Partie | | 0,6 | 1 | 1 | si oui = 1 |
| 94 | | 3c | Le Document unique est rédigé | En Grande Partie | | 0,06 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Si OUI, fait-il l'objet d'une réactualisation annuelle | En Grande Partie | | 0,06 | 0,3 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 95 | | 3c | Si OUI est-elle soumise à l'avis des partenaires sociaux | Oui | | 0,1 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT (partenaires sociaux) et le service de santé au travail | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 96 | | 3c | Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| 97 | | 3c | Le programme de prévention des risques est évalué | En Grande Partie | | 0,06 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 98 | | 3c | Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 99 | | La gestion des risques professionnels est intégrée à la gestion des risques d'établissement | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| Qualité de vie au travail | 100 | 3d | La qualité de vie au travail est formalisée dans les orientations stratégiques de l'établissement : | En Grande Partie | | 0,4 | | 0,5 | si oui = 0,5 | |
| | 100,1 | | Si OUI, les points ci-dessus sont pris en compte | | | 0 | 1,5 | 0,2 | si oui = 0,2 | |
| | | | Qualité des relations de travail | | | 0 | | 0,2 | si oui = 0,2 | |
| | | | Organisation et contenu | | | 0,2 | | 0,2 | si oui = 0,2 | |
| | | | Environnement physique | Oui | | 0,2 | | 0,2 | si oui = 0,2 | |
| | | | Possibilité de réalisation et de développement professionnel | Oui | | 0 | | 0,2 | si oui = 0,2 | |
| | 101 | 3d | Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini | Non | | 0 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | | | Des actions d'amélioration de la qualité de vie sont mises en œuvre | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | |
| | 102 | 3d | Ces actions sont évaluées | Oui | | 0,1 | 0,1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | 104 | 3d | Une enquête de satisfaction est réalisée | Non | | 0 | | 0,4 | si oui = 0,4 | |
| | | | Si oui elle porte sur ... | | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Qualité des relations de travail | | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Organisation et contenu | | | 0 | 1 | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Environnement physique | | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| 105 | | Possibilité de réalisation et de développement professionnel | | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Conciliation vie professionnelle vie privée | | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| 106 | | Un accompagnement psychologique est proposé aux salariés pour la gestion des crises ou de situations difficiles | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | | |
| 107 | | Des dispositions permettant l'expression des professionnels sur leurs conditions et relations de travail existent | Oui | | 1 | 1 | 1 | si oui = 1 | | |
| Développement durable dans la prise en charge des patients | 109 | | Un programme de prévention et d'éducation à la santé à l'attention des salariés est formalisé | Partiellement | | 0,3 | | 0,9 | si oui = 0,9 | |
| | | | Si oui, il porte sur : | | | | | | | |
| | | | Aide au sevrage tabagique | Oui | | 0,1 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Prévention des TMS | Oui | | 0,1 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Dépistage des allergies professionnelles | Non | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Accompagnement nutritionnel | Non | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Des mesures de lutte contre le stress | Non | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Dépistage des cancers cutanés | Non | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | |
| | | | Autres (préciser) | Vaccination | | 0,1 | | 0,1 | 0,1 si autres actions | |
| | | | 108 | 23a | Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient, intégrée à sa prise en charge sont identifiées | Oui | | 1 | 1 | 1 |
| 109 | | Un plan d'action existe et des actions d'éducation thérapeutique sont mises en œuvre | Oui | | 0,8 | | 0,8 | si oui = 0,8 | | |
| | | Si oui ces actions portent sur : | | | | | | | | |
| | | L'aide au sevrage tabagique | Oui | | 0,1 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Prévention des addictions | Oui | | 0,1 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Prévention de l'infarctus | Partiellement | | 0,03 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | L'accompagnement nutritionnel | Non | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Des mesures de lutte contre le stress | Oui | | 0,1 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Prévention des cancers (cutanés, sein...) | Partiellement | | 0,03 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Gestion des déchets à risques solides et liquides (radioactifs), | Non | | 0 | | 0,1 | si oui = 0,1 | | |
| | | Autres (préciser) | Partiellement | | 0,03 | | 0,1 | 0,1 si autres actions | | |