



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



**INSTITUTION
NATIONALE DES
INVALIDES**

Projet d'établissement 2016-2020

INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES
6 boulevard des Invalides 75700 PARIS 07 SP

Projet d'établissement validé en conseil d'administration le

Membres participants avec voix délibérative :

Présidente

Madame Martine de BOISDEFFRE, Conseiller d'État, Présidente de la Cour administrative d'appel de Versailles

Représentants de l'État

- Monsieur le général d'armée Bertrand RACT MADOUX, Vice-Président, Gouverneur des Invalides
- Monsieur le contrôleur général des armées Jean-Paul BODIN, Secrétaire général pour l'administration, Ministère de la Défense
- Monsieur le médecin général des armées Jean-Marc DEBONNE, Directeur central du service de santé des armées
- Monsieur le représentant de Monsieur Jean DEBEAUPUIS, Directeur général de l'offre de soins, Ministère des Affaires sociales et de la Santé
- Monsieur Dominique BLAES, représentant monsieur Denis MORIN, Directeur du Budget, Ministère de l'Economie et des Finances

Personnalités nommées pour trois ans

- Monsieur Michel DEGLAIRE, Vice-Président délégué de l'Association des mutilés de guerre des yeux et des oreilles
- Monsieur Jacques REMY, Président de la Fédération des amputés de guerre de France
- Monsieur Henri DENYS de BONNAVENTURE, Président de l'Union des blessés de la face et de la tête « Les Gueules Cassées »
- Monsieur Jean-Claude GOUËLLAIN, Président de la Fondation des mutilés et invalides de guerre
- Monsieur Jacques GOIJAT, Président de l'Union française des associations de combattants et victimes de guerre

Représentants des personnels

- Monsieur Justin JEAN, représentant les personnels médicaux et paramédicaux
- Monsieur Eric LOJACONO, représentant les autres personnels

Représentants des pensionnaires et des usagers

- Monsieur Stéphane COLIN, représentant les pensionnaires
- Monsieur Marc ABOU, représentant les usagers

Membres participants avec voix consultative :

- Monsieur le médecin général inspecteur Christian PLOTTON, Directeur de l'INI
- Madame Chantal LEMAIRE, Agent comptable de l'INI
- Monsieur le contrôleur général Maurice BESTOSO, Chef du département du contrôle budgétaire ministériel, Ministère de la Défense

Invités à titre d'expert :

- Docteur Pascale FODÉ, Chef du CERAH, INI
- Commissaire en chef de 1^{ère} classe Philippe HAVIL, Adjoint au directeur, INI
- Madame Bénédicte DESPRETZ, Directrice des soins, INI
- Madame Marie-Christine MARQ, Chef du département des ressources humaines, INI
- Monsieur Sébastien DUCROCQ, Chef du département qualité et systèmes d'information, INI
- Monsieur le Vice-Amiral d'Escadre Philippe HELLO, représentant Madame la directrice des ressources humaines, Ministère de la Défense
- Monsieur Alain POIRIER, Vice-Président de l'association « La Voix des blessés médullaires titulaires de l'article L.115 »

Sommaire

1. Le projet Médical.....	7
1.1 Le cadre stratégique du projet médical	7
1.2 Les axes du projet médical	13
2. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques.....	32
2.1 Les évolutions de la politique de sante publique	32
2.2 Le parcours de soins 2009-2015	32
2.3 Les dispositifs transverses.....	34
2.4 Le parcours de soins 2016-2020	35
2.5 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	36
3. La recherche	37
3.1 Le nouveau projet du CERAH	37
3.2 Le projet de recherche avec le SSA	39
3.3 Le projet de recherche paramédicale	39
4. La démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins et de gestion des risques .	41
4.1 Introduction	41
4.2 La Qualité.....	42
4.3 La Gestion des risques	46
5. Le projet patientèle : l'INI à l'écoute de ses bénéficiaires et des associations	49
5.1 Le centre des pensionnaires.....	49
5.2 Le centre médico-chirurgical	50
5.3 Le transport sécurisé de la patientèle.....	51
6. Le projet social	53
6.1 La définition et le développement des parcours professionnels individuels et collectifs	53
6.2 La poursuite de la politique de prévention des risques professionnels.....	55
6.3 La promotion d'une bonne qualité de vie au travail.....	57
7. Le projet des systèmes d'information centré sur le patient	59
7.1 Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI)	59
7.2 La sécurité du système d'information	60
7.3 L'ouverture sur l'extérieur	60

7.4	La dématérialisation	61
7.5	L'interopérabilité.....	62
7.6	Les compétences et la formation	62
8.	<i>Le projet de management</i>	63
8.1	Le pilotage médico-économique des secteurs d'activité	63
8.2	Les ressources humaines	64
8.3	La consolidation de la politique financière	65
8.4	Le projet logistique	66
8.5	L'environnement et le développement durable.....	72
9.	<i>Le projet de communication pour accompagner et faire connaître les projets ambitieux</i>	76
9.1	La communication externe :	76
9.2	La communication interne :	77
9.3	L'optimisation de la communication	77
10.	<i>La gouvernance</i>	78
10.1	La gouvernance avec les autorités institutionnelles.....	78
10.2	La gouvernance au sein de l'HNI	78
10.3	La gouvernance avec le SSA	78
10.4	La nouvelle organisation	79
11.	<i>La phase de transition et de transformation</i>	81
11.1	La période de transition	81
11.2	Les données économiques et financières de la phase de transition.....	81
12.	<i>Le schéma directeur d'infrastructure 2016-2021</i>	84
13.	<i>Annexes</i>	90
13.1	Annexe 1 – Un fonctionnement dédié inter-établissements	90
13.2	Annexe 2 – La C2RBO, un dispositif inter-établissements.....	91
13.3	Annexe 3 – Les actions d'économie d'énergie	92
13.4	Annexe 4 – L'organigramme des services administratifs et logistiques.....	93

Dès sa création, au cœur de la cité, dans sa mission de reconnaissance indissociable de celle de mémoire pour les hommes et les femmes militaires blessés au service de la France ou les victimes civiles de guerre ou d'attentats, l'Institution nationale des Invalides a su évoluer, s'adapter voire se transformer.

Aujourd'hui, le nouveau projet d'établissement, fondé sur une redéfinition du projet médical, s'inscrit dans cette dynamique de changement rendu indispensable par les évolutions que les mondes de la défense et de la santé connaissent.

Ce nouveau projet est en cohérence avec la nouvelle stratégie de prise en charge des blessés en opérations extérieures en créant un Pôle de Réhabilitation Post Traumatique de la Défense.

Il se fonde sur une nouvelle organisation des parcours de soins, intégrant sur le site de l'Hôtel National des Invalides tous les acteurs de la prise en charge initiale de la réinsertion à celle plus tardive assurée par l'ONACVG.

C'est par ailleurs une évolution en collaboration avec le Service de Santé des Armées, historique avec d'illustres praticiens ayant ouvert cette voie, comme Larrey et Parmentier. Aujourd'hui le paradigme change, c'est un projet partagé entre des équipes qui ont des objectifs communs.

C'est enfin une rénovation d'infrastructure de grande ampleur, intégrant les besoins de mise en conformité et sécurité et ceux adaptés au projet médical à l'instar de l'installation de l'antenne du CERAH de Créteil sur le site.

Dans sa lettre de mission d'avril 2015, Monsieur Jean-Marc TODESCHINI, secrétaire d'Etat aux anciens combattants et à la mémoire, fixait comme objectifs de proposer un projet ambitieux, soutenable, ayant du sens, pour tous les anciens combattants, les nouvelles générations du feu et les pensionnaires. La réalisation de ce nouveau projet d'établissement, véritable feuille de route élaborée avec le SSA sous l'autorité du Médecin Général des Armées DEBONNE, de la Présidente du Conseil d'Administration de l'INI Madame la conseillère d'état Martine de BOISDEFFRE, de Monsieur le secrétaire général pour l'Administration Jean-Paul BODIN, du gouverneur des invalides le Général d'armée RACT MADOUX, avec l'expertise des associations d'anciens combattants et de toutes les équipes de l'INI, répond à ces attentes.

MGI Christian PLOTTON

1. Le projet Médical

1.1 Le cadre stratégique du projet médical

1.1.1 L'historique et les missions

Dans son édit de fondation de l'hôtel des invalides, en 1670, Louis XIV estimait « qu'il était bien raisonnable que ceux qui ont exposé librement leur vie et prodigué leur sang pour la défense et le soutien de notre Monarchie... jouissent du repos qu'ils ont assuré à nos autres sujets et passent le reste de leurs jours en tranquillité ». Tranquillité n'est pas oisiveté : la vie de l'hôtel est parfaitement codifiée, des tâches nombreuses sont confiées aux pensionnaires, des ateliers s'organisent, les relations avec la ville sont encadrées. Pour soigner ces « officiers et soldats tant estropiés que vieux et caducs », l'infirmerie qui emploie des médecins et chirurgiens prestigieux préfigure le premier hôpital moderne où les règles d'hygiène sont rigoureuses, la recherche clinique active. Ainsi se définissent d'emblée les missions dont l'institution est aujourd'hui héritière après plus de trois siècles d'existence sous la protection directe du Chef de l'Etat.

Sous le règne de Louis XIV le succès de l'hôtel s'affirme, près de six mille invalides seront admis entre 1676 et 1690. Pour les soigner, l'infirmerie qui emploie des médecins et chirurgiens prestigieux préfigure le premier hôpital moderne où les règles d'hygiène sont rigoureuses, la recherche clinique active.

Cet hôtel, où la vie spirituelle occupe une part importante, s'enrichit en 1678 par la construction de l'église des soldats, devenue Saint-Louis, puis par celle du dôme, ou église royale, œuvre de Jules-Hardouin MANSART, en 1706.

Vers la fin du XVIII^e siècle, l'infirmerie de l'hôtel acquiert une réputation internationale ; une école de chirurgie y est créée. Son apothicaire major, le célèbre Parmentier père de la chimie alimentaire, y étudiera les qualités nutritives de la pomme de terre.

Lors de la révolution de 1789, les armureries sont pillées et les fusils dérobés serviront à la prise de la Bastille. L'Hôtel, longtemps menacé de disparition, est rebaptisé Hôtel national des militaires invalides et les églises dépouillées de leurs attributs religieux.

Napoléon 1^{er} reprend le grand dessein de Louis XIV, fait effacer les outrages de la Révolution et rend les églises au culte. En outre, le 15 juillet 1804, il choisit l'église du Dôme pour la cérémonie de remise des premières Légions d'honneur.

La Restauration apporte peu de changement à l'Hôtel des Invalides. L'événement le plus marquant sera le retour des cendres de Napoléon, le 15 décembre 1840.

Au lendemain du Second Empire, c'est sous la Troisième République que l'Hôtel accueille les pièces du musée d'artillerie dès 1871, puis celles du musée de l'armée en 1896. Quand survient la

Première Guerre mondiale, il n'y a plus qu'une quarantaine d'invalides à l'Hôtel où se sont multipliés salles de musée, installations militaires et logements de fonctions. L'Institution occupe depuis cette période les seuls bâtiments de l'ancienne infirmerie de l'Hôtel, soit 21% de la superficie totale.

A la conférence interalliée de 1917, dans sa séance du 9 mai, Jean Camus rapporte les travaux des neurologues parisiens sur « les grands infirmes par troubles des centres nerveux » et parmi eux, Augusta Déjerine-Klumpke est chargée par la direction du service de santé d'organiser le service des grands infirmes à l'Hôpital des Invalides. Leurs recommandations sont encore d'actualité. L'hôpital des Invalides parfait ses compétences et établit sa réputation sur le plan international.

Après la Grande Guerre, l'hôpital des Invalides va connaître un afflux de blessés. Un décret de 1918 réaffirme sa double mission d'hébergement et de soins. C'est à cette époque que sera proclamé le fameux : « droit à réparation ». Un centre de traitement pour blessés médullaires est créé. Cette nouvelle activité préfigurera la spécificité actuelle de l'Institution.

L'Institution survivra à la défaite de 1940, cependant la centaine de pensionnaires qui y résident sont d'abord évacués vers une maison de repos dans l'Orne, avant d'y revenir définitivement en juin 1941. Fait notable, en 1942 un réseau de résistance élit domicile au pied du Dôme et permet l'évasion de nombreux aviateurs alliés.

La paix revenue en Europe, l'Institution accueille de nombreux blessés et victimes civiles du second conflit mondial, auxquels viendront s'ajouter ceux des guerres d'Indochine et d'Algérie, des diverses opérations extérieures ou de victimes d'accidents au service des armes de la France.

En 1991, la loi du 3 juillet érige l'Institution Nationale des Invalides (INI) en établissement public administratif et confirme ses trois missions historiques à travers le centre des pensionnaires, le centre médico-chirurgical et la recherche sur l'appareillage du handicap.

1.1.2 Le contexte

L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement permettant de décrire le contrat d'objectif et de performance associé (COP) a constitué une véritable obligation à la base de ce document indispensable pour le fonctionnement d'un établissement public administratif (EPA) assimilable d'autre part à un établissement de santé en miroir des hôpitaux d'instruction des armées de service de santé des armées.

Ces impératifs rappelés par les différentes instances de contrôle et d'audit et ceux inhérents au schéma d'infra structure de l'Hôtel National des Invalides (HNI) ont amené au préalable à élaborer un nouveau projet médical.

A la demande de la tutelle représentée par le secrétaire d'état aux Anciens Combattants et à la mémoire il convient d'intégrer les nouveaux objectifs de prise en charge des militaires blessés au combat et dans leur exercice au service de la France, sur le principe de parcours de prise en charge transversale.

Dans cette mission historique de mémoire et de reconnaissance les bases d'un projet médical élaboré en commun avec le service de santé des armées (SSA) ont reçu l'approbation du directeur de cabinet du MINDEF et du chef d'état-major des armées, des membres du conseil d'administration de l'INI, de l'agence régionale de santé Ile de France (ARSIF) et du Ministère de la santé (DGOS).

Le chef de projet a été désigné (médecin général inspecteur Plotton, alors médecin chef de l'hôpital d'instruction des armées Percy) dans le cadre d'une lettre de mission émanant du secrétaire d'Etat aux anciens combattants (SEDAC) le 23 avril 2015, un groupe de travail opérationnel a été missionné associant des représentants médicaux et para médicaux de l'INI, de la plateforme hospitalière militaire d'île de France (PHM IF) et des experts du Secrétariat général pour l'administration (SGA).

Ce projet doit sanctuariser le centre des pensionnaires dans un format qui devra être adapté à la typologie de cette population, qui porte la mission historique de l'INI et dont le dimensionnement prendra en compte un élargissement envisagé du cercle des ayants droits aux blessés des armées en opérations et des ressortissants potentiels d'autres ministères ayant servi l'état.

Il doit créer d'autre part au sein de l'INI un centre de réhabilitation post traumatique assurant la prise en charge secondaire des blessés de guerre tant dans leur composante physique que psychique. La prise en charge initiale assurée par la PHM IF sera le premier « maillon » d'un parcours patients blessés, et ayant des séquelles, l'ensemble (PHM IF et INI) formant avec l'hôtel des Invalides le pôle de réhabilitation post-traumatique de la Défense. Ce modèle est concordant avec celui décrit au sein des forces armées en Europe et défini dans les étapes de traitement des différents rôles (rôles 1, 2, 3, 4).

L'INI sera ainsi composée de trois grandes structures distinctes mais non indépendantes :

- Le centre de réhabilitation post traumatique en charge des patients stabilisés dès après l'hospitalisation initiale, puis en tant que de besoin durant leur parcours ultérieur. Ces activités seraient concentrées sur la prise en charge des séquelles des blessures et assurées par différentes entités internes parmi lesquelles :
 - Un service de médecine physique et réadaptation (MPR) plus particulièrement orienté sur la prise en charge du handicap généré par les séquelles neurologiques, orthopédiques, ou encore brûlures, ainsi que les handicaps dus aux amputations des membres ;
 - Un service de réhabilitation psychique, prioritairement destiné aux blessés en opérations présentant des troubles psychiques en lien avec des événements éprouvants, le plus souvent des états de stress post-traumatique.
- Le centre d'expertise et de recherche en appareillage du handicap (CERAH), dont il constituerait une entité à part entière ;
- Le Centre des Pensionnaires (CP), porteur de la mission historique de l'INI, sera organisé en secteurs fonctionnels étroitement associés entre des activités de gériatrie, et de handicaps lourds pour les plus jeunes en particulier blessés en opération.

L'Hôtel des Invalides est indissociable de ce projet par le rassemblement sur un même site de l'ensemble des acteurs, institutionnels et associatifs, dont le rôle est tout autant déterminant pour la réhabilitation et la réinsertion des blessés en opérations. Le parcours de soins ainsi formalisé associera également de façon étroite les établissements, les organismes et, plus largement, l'ensemble des acteurs directement ou indirectement impliqués et au-delà dans le parcours de vie de ses blessés.

Ce projet médical co-développé avec les associations représentatives du monde combattant, avec les usagers militaires et civils porteurs de handicaps, à l'instar des séquelles de paraplégie traumatique est conforme aux bonnes pratiques professionnelles, aux normes et principes définie par la Haute Autorité de Santé. Il s'inscrit dans une sécurisation des pratiques de qualité et gestion des risques.

Quoique largement ouverte au service public hospitalier et devant s'inscrire dans l'offre territoriale de soins pilotée par l'ARS IF, l'institution est bien plus qu'un simple hôpital ou qu'une maison de long séjour, elle est un lieu de mémoire où l'histoire inscrite dans la pierre, l'est surtout de manière cruellement renouvelée dans la chair des victimes de guerre qui y séjournent. Symbole fort de l'attachement de la nation au devoir de réparation, elle est d'abord la « maison des Invalides ». Ses valeurs concourent à l'élaboration de ce projet médical novateur par sa dimension d'ouverture entre les établissements du ministère de la défense et sera au rendez-vous des évolutions de la santé.

1.1.3 La méthodologie d'élaboration du projet

1.1.3.1 La construction de projet médical s'appuie sur des moyens spécifiques :

- La légitimité des acteurs menant le pré-projet : la lettre de mission du secrétaire d'Etat à la défense et aux anciens combattants (SEDAC) transmis au MGI Christian PLOTTON. Elle officialise le groupe de travail opérationnel entre l'INI et le SSA. Elle permet aussi de faire le lien avec le conseil d'administration qui suit les avancés de l'élaboration.
- Les orientations définies par le conseil d'administration de l'INI
- Le bilan du précédent projet 2009 – 2013
- Les conclusions disponibles de l'audit tripartite de 2013 entre le contrôle général des armées, les directions du budget et la DGOS.
- Le rapport de la visite de certification de 2007 et de la visite ciblée de novembre 2008 afférente.
- La prise en compte de l'ensemble des consignes et contraintes définies par les autorités de tutelle ou de financement de l'établissement
- Les opportunités ou les contraintes créées par les partenariats en cours ou à formaliser

1.1.3.2 La création d'un groupe pilote opérationnel

Pour atteindre cet objectif, le groupe de travail opérationnel constitué a permis par sa composition de prendre en compte toutes les problématiques spécifiques à l'activité de l'INI et à la réalisation d'une nouvelle offre de soins. Ses membres sont les suivants :

- Le médecin chef des services Lapeyre (Percy)
- Le médecin chef des services de Montleau (Percy)
- Le médecin en chef Lafaye de Michaux (INI)
- Le commissaire de 1^{ère} Classe Havil (SSA)
- Le commissaire de 2^{ème} classe Orvoën (INI)
- La directrice des soins Despretz (INI)
- Le commissaire en chef de 2^{ème} classe Detwiller (SGA)

1.1.3.3 La création de sous-groupes thématiques

Sur proposition du groupe opérationnel plusieurs sous-groupes ont été constitué incluant des personnels des services et parcours concernés :

- Centre des pensionnaires sous la responsabilité du MC Fraboulet
- Radiologie incluant des praticiens de l'INI et Percy
- Cabinet dentaire sous le pilotage du docteur Frémont et docteur Denhez
- Le CERAH, pour l'antenne de Créteil
- Pharmacie, PCC Huart
- Service de rééducation, pilotage MC Lafaye de Micheaux
- Création de la nouvelle unité de réhabilitation psychique avec les MCS de Montleau et Boisseau (chef de service HIA Val de Grâce)
- Unité Sensori-Cognitive avec le docteur Marchal
- Transport, pilotage par le CRC1 Havil avec les usagers civils (Mr Abou) et militaires (LT Col De Lavergne)
- Chirurgie sous le pilotage du MC Bouix et pour le SSA avec le MCS Rigal, MC Desfemme. Ce groupe a été coordonné au niveau de la DCSSA. Ce travail a été par ailleurs complété de réunions avec les responsables de pôle du groupement hospitalier (GH) Sud de Garches.
- Par ailleurs plusieurs réunions concernant l'infrastructure ont été faites sous le pilotage du général Reta, de l'ingénieur principal Azar et pour la modélisation financière avec le CRC2 G. Detwiller et l'ACCN H-D Ferret.

1.1.3.4 La phase de concertation du pré projet élaboré

Le pré projet élaboré, régulièrement présenté dans ses avancées au conseil d'administration, construit sur les besoins nécessaires en moyens et en organisation par les acteurs de terrain a été soumis sur le principe d'une élaboration de type « bottom up » aux entités parties prenantes.

- Co-développement du projet avec le SSA

Plusieurs réunions ont été menées en pilotage par le directeur central du SSA avec le médecin général inspecteur Vallet, adjoint à l'offre de soins et le médecin général inspecteur Connessa responsable de la PHMIF. Cette stratégie a permis de redéfinir tous les moyens adaptés et préparer les organisations des parcours de soins et personnels. Le fonctionnement de la commission de pilotage C2RBO a été abordé.

- Insertion territoriale

Ainsi trois réunions ont été menées avec l'ARSIF délégation territoriale 75, l'une dédiée aux organisations de prise en charge des blessés des attentats.

- Gestion des parcours de prise en charge des patients paraplégiques

Cette activité historique en compétence des équipes du service de chirurgie pour le traitement des escarres et dans la perspectives de l'arrêt d'activité du bloc opératoire et de la redéfinition du service de chirurgie, a été faite en concertation avec les associations représentatives du monde combattant. Les demandes d'adaptation ont été prises en compte en particulier dans le domaine des transports. Un groupe de travail spécifique a été constitué en vue de la création d'une cellule transport.

- Préparation du projet d'intégration au sein de l'hôtel national des invalides

Ce parcours concerne les liens avec les cellules d'aide aux blessés des armées, terre, air Marine, l'ONACVG et le cercle sportif de l'INI (CSINI).

- Les travaux d'infrastructure

Ils ont donné lieu à de nombreuses réunions pour la mise en adéquation des moyens de transformation du bâtiment de l'administration pour la création du nouveau service de réhabilitation psychique. C'est aussi les modalités de transfert de l'antenne du CERAH et les besoins adaptés comme les ressources pour le secteur d'analyse de la marche. Ces travaux ont permis de fixer un premier cadre des ressources financières nécessaires.

- Préparation de la période de transition

La durée des travaux est estimée à 5 ans au regard des procédures administratives inhérentes pour mener les marchés nécessaires. Cette période de transition conditionne la transformation de l'établissement. Les impacts sur les personnels en ressource, estimée en diminution à 10% et en compétence ont été présentées aux personnels, et représentations syndicales. Les séances de travail constituent la première étape d'élaboration du projet social.

1.1.3.5 Le calendrier de validation du projet médical puis d'établissement se décline comme suit :

- Présentation de la lettre de mission et des axes stratégiques du projet au CA INI d'avril 2015
- Présentation des grandes lignes du projet médical au CA INI du 17 mai 2016
- Vote en attente du projet médical au conseil d'administration du 17 juin 2016
- Vote en prévision du projet d'établissement au CA INI du 25 octobre 2016
- Vote en prévision du contrat d'objectifs et de moyens pour le conseil de décembre 2016

1.2 Les axes du projet médical

Ce projet médical décrit est fondé :

- sur la prise en charge des pensionnaires, ayants droits définis par le code des pensions militaires et anciens personnels de la défense ou victimes civiles de guerre et d'attentats admis à titre personnel. Cette prise en charge allie la gestion de leurs parcours médicaux et celle de leur projet de vie au sein de l'institution
- la création d'un centre de réhabilitation post traumatique. La population ciblée concerne les blessés physiques et les blessés psychiques pris en charge au sein du SSA, conformément au modèle validé par le directeur central du service de santé des armées.
- L'appareillage des patients porteurs d'amputations post-traumatiques, permettant d'identifier un véritable parcours de prise en charges des amputés au sein de la défense.

1.2.1 Le centre des pensionnaires

Le centre des pensionnaires est le noyau historique et la raison d'être de l'Institution. Il est chargé d'accueillir le combattant blessé ayant-droit pour une durée le plus souvent prolongée dans un lieu de vie ouvert.

Le projet médical du CP se référence en permanence aux exigences suivantes :

- L'accompagnement médical spécifique et individualisé du pensionnaire
- La recherche permanente de la meilleure qualité de vie souhaitée par chacun d'eux.

Il s'appuiera donc sur la relation du couple soignant/soigné ou accompagnant/accompagné, dans le respect de la liberté individuelle du malade âgé dépendant.

1.2.1.1 La situation actuelle et future

La structure est, aujourd'hui, éclatée sur deux sites. Elle accueille des résidents valides, semi valides et totalement invalides. Le projet prévoit une capacité de 80 lits.

Plus de 50 % d'entre eux sont affectés d'une altération des fonctions supérieures (maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées). La « file active » d'ayants-droit va decrescendo. Les postulants arrivent dans l'établissement à un âge très souvent avancé et donc dans un état de perte d'autonomie sévère.

Le suivi médical est assuré in situ le plus longtemps possible. Il pourra s'appuyer sur les ressources d'un hôpital de jour de 10 lits et places pour les bilans et l'évaluation de la perte cognitive notamment, d'un cabinet dentaire et d'un plateau technique de rééducation fonctionnelle.

Il bénéficie aussi de l'expertise de consultants de la PHM IF (cardiologie, rhumatologie, ophtalmologie et ORL), d'un radiologue (radiologie conventionnelle et échographie) et d'un service de Pharmacie en fonction des besoins internes référencés.

Cependant, pour pérenniser le CP dans son dimensionnement, il convient de « Proposer une extension interministérielle de la mission » :

En effet, parallèlement, il existe hors du champ du ministère de la défense, dans notre société, une « patientèle » dont les missions, les risques traumatologiques encourus et la typologie des lésions ou blessures présentées sont similaires à celles des patients militaires.

Dans ce cadre, le SSA et ses structures hospitalières pourraient apporter une vraie « offre de soins » spécifique, performante et originale.

On peut ainsi penser:

- Aux ressortissants du ministère de l'intérieur (MI) : pompiers non militaires, unités d'élites et d'intervention de la police nationale, policiers, personnels de la sécurité civile ... ;
- Aux victimes d'actes de terrorisme et d'attentats qui bénéficient, s'ils le souhaitent, à terme du statut Article L. 115 et d'une pension militaire d'invalidité (PMI).

1.2.1.2 Le projet médical du centre des pensionnaires

1.2.1.2.1 Le projet médical au sens large, prévoit :

- De mieux identifier les besoins en soins (et donc la charge de travail) en caractérisant la situation clinique de chaque pensionnaire selon les grilles « AGGIR » et « PATHOS » pour la dépendance, le score « MMSE » pour l'évaluation cognitive globale, le score « MNA » pour le statut nutritionnel
- D'améliorer la communication entre soignants et la connaissance du cas clinique par l'exploitation et l'utilisation du nouveau dossier patient actualisé et informatisé
- De mutualiser les compétences internes à l'établissement en développant les échanges entre intervenants :
 - Participation du gériatre de l'USC ou du neuropsychologue, d'un rééducateur, d'un chirurgien, selon les cas à, aux réunions de synthèse ou discussion de dossiers
 - Invitation d'un consultant externe selon disponibilités : orthopédie du handicap et dermatologie orientée vers les problèmes de cicatrisation.
- de parfaire et de renouveler la formation continue des personnels, en particulier en matière de démence et des troubles du comportement y afférant (« confrontation » gériatre psychiatre)
 - d'entretenir, à l'aide de l'équipe interne de soins palliatifs et d'équipe mobile de prise en charge de la douleur, les connaissances en soins de fin de vie de telle sorte qu'un continuum d'accompagnement se fasse naturellement entre soins non palliatifs et palliatifs
 - de ne pas perdre de vue le soutien des personnels soignants et des bénévoles dont on a déjà souligné le rôle central dans le service rendu
 - Développer par une approche « processus » la qualité des pratiques et de la prévention des risques liés aux soins pour répondre aux directives du ministère de la santé en matière de qualité et gestion des risques.

La mise en œuvre du projet médical intègre toutes les spécificités des pathologies des hommes et femmes séjournant, y compris celles en rapport avec les troubles cognitifs et les séquelles des affections neurologiques, (tétraplégie, paraplégie) et leurs conséquences urinaires, ostéo-articulaires, cutanées avec le risque d'escarres, et nutritionnelle.

Afin d'assurer la permanence et continuité des soins dans ces circonstances des parcours de soins sont identifiés :

- Urgences
- Chirurgie spécialisée : urologie, réparation cutanée et orthopédique, stomatologie et dentaire
- Amputés

La qualité de ces parcours sera assurée par la formation des personnels de l'INI et le recours aux moyens d'établissements co-acteurs de ce projet :

- HIA Percy et Bégin
- Garches

1.2.1.2.2 Le projet de vie

L'essentiel des axes d'amélioration ou de recherches est développé dans le document élaboré par l'équipe de soignants et de paramédicaux qui fait partie intégrante du dossier de soins.

Au sein des axes de recherches énoncés dans ce document, certains objectifs nous paraissent devoir être mis en exergue :

- lutter contre la tendance à l'isolement des lieux de soins, par un regroupement sur deux sites des lieux d'hébergement des pensionnaires et la réorganisation des lieux de vie collective
- approfondir et valoriser le rôle de l'assistante sociale et développer les échanges entre familles et auxiliaires de vie
- soutenir et encadrer le travail des techniciens paramédicaux (ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, ...) dans leurs ateliers thérapeutiques et susciter des initiatives de la part des pensionnaires
- ouvrir l'institution sur l'extérieur en valorisant la transmission de l'histoire de vie des pensionnaires (exemple de création d'une « salle du souvenir » avec boutique tenue par une astreinte de pensionnaires bénévoles)
- Développer l'accompagnement ponctuel de pensionnaires à l'extérieur comme dans des sites de culture, d'histoire et par ailleurs ouvrir le centre dans des activités mémorielles (défense, enseignement ...).

1.2.2 La transformation du centre médico-chirurgical

Le centre médico-chirurgical devient la structure réalisant la véritable clé de voute du projet médical, ceci induit une véritable transformation de cette structure concernant le service de chirurgie, la création d'une nouvelle offre de soins pour les syndromes post traumatiques et la restructuration du plateau technique tant en organisation qu'en implantation géographique.

Ce nouveau projet médical est basé sur le principe de prise en charge des blessés des opérations au sein du ministère de la défense entre les différentes structures du SSA sur le terrain des opérations (rôles 1, 2 et 3) et sur le territoire dans les infra structures hospitalières dites de plateforme (Percy et Bégin pour l'île de France). La phase aigüe passée, pour ces militaires porteurs de séquelles, la phase de rééducation à moyen et long terme aura pour objectif de s'effectuer à l'INI. Ce concept de post rôle 4 inscrit l'établissement dans un parcours reconnu et validé et conforme aux objectifs et missions du ministre de la défense pour la prise en charge des blessés incombant dans son champ de compétence au SSA.

1.2.2.1 Le centre de réhabilitation post-traumatique

1.2.2.1.1 Les concepts et modalités de prise en charge du blessé de guerre

- Prendre en charge les blessés du début jusqu'à la fin

La survenue d'une blessure en milieu militaire, surtout lorsqu'elle est source de séquelles et de handicap, nécessite, passée la période initiale, réanimatoire et chirurgicale, une prise en charge optimale et performante au profit de cette population jeune, active et sportive, souhaitant réintégrer le tissu social et en particulier le milieu militaire lorsque cela est possible selon le dogme « au plus près du régiment au plus près de la fonction ».

Pour d'autres, les situations de handicap sont tellement lourdes qu'il y a nécessité de trouver soit un projet de vie personnalisé (reconversion en milieu civil) soit une forme « d'institutionnalisation » en Hospitalisation à Domicile (HAD) ou en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS).

Quoi qu'il en soit, ces situations de handicap nécessitent dans les phases initiales de rééducation, réadaptation et réinsertion, une prise en charge médicale et sociale performante tant sont nombreuses et variées les pathologies à prendre en charge (traumatisme crânien et/ou amputation et/ou brûlure et/ou ESPT par exemple).

- Prendre en charge les blessés à tout moment de la vie

Passé ce moment des phases initiales et une fois le projet mené à terme, il faut appréhender ces patients en situation de handicap comme étant exposés à tout moment de leur vie à des comorbidités spécifiques nécessitant une prise en charge hyper spécialisée. Le SSA a acquis depuis de nombreuses années une expérience, une vraie compétence et une spécificité dans ces domaines.

Cette notion et cette mission englobent la population si singulière des « Anciens Combattants » Art. L.115 dont nous avons le devoir d'assurer la prise en charge à tout moment de leur vie sans oublier que nos patients actuels seront à terme ressortissants de ce statut.

- « Appréhender la blessure dans sa globalité : physique et/ou psychique »

Une de ces spécificités est justement d'appréhender d'emblée la blessure comme étant physique et/ou psychique :

La prise en charge médicale des blessés en opération depuis le ramassage sur le théâtre opérationnel, le traitement médico-chirurgical et/ou psychiatrique sur le terrain, puis après l'évacuation médicale sur les hôpitaux militaires de l'infrastructure nationale incombe au Service de Santé des Armées dont elle constitue la mission prioritaire.

Le parcours de soin de ces blessés comprend un certain nombre d'interventions médicales, chirurgicales ou psychiatriques, selon les cas, depuis le moment de la blessure jusqu'au processus de réhabilitation ainsi que le rappelle le projet SSA 2020 en cours.

Evolution récente des représentations et de la prise en compte institutionnelle des ESPT :

Les troubles psychiques post-traumatiques ont bénéficié, depuis les années 1990 avec la participation de l'armée française aux conflits de l'ex-Yougoslavie et à l'évènement du Rwanda, d'une reconnaissance de plus en plus affirmée, institutionnelle et politique, qui a contribué à ouvrir cette problématique bien au-delà du seul cercle des psychiatres où elle restait jusqu'alors confinée.

Le décret du 10 janvier 1992 a été décisif pour cette reconnaissance en instituant les troubles psychique post-traumatiques en tant que véritables blessures – et non maladie, ce qu'ils étaient jusqu'alors- ouvrant droits afférents, notamment en termes de réparation.

Le choc provoqué par les pertes subies par l'armée française au cours du combat de la vallée de l'Usbeen en 2008, le durcissement du conflit en Afghanistan mais aussi la multiplication des opérations extérieures ont accru l'attention sur la souffrance psychique des soldats : un premier plan d'action visant à l'amélioration du repérage et de la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques est lancé en 2011, s'articulant autour de neuf axes stratégiques sous le pilotage du SSA.

Un deuxième plan d'action, lancé en 2013, complète le précédent en ajoutant trois axes dont l'un consacré au soutien psychologique des forces spéciales.

La prise en charge des ESPT aujourd'hui :

Comme pour les blessures somatiques, la prise en charge des blessures psychiques survenues du fait des évènements opérationnels se fait à différents niveaux :

- au niveau des rôles 1, 2 et 3 sur le terrain avec l'appui du psychiatre de théâtre lorsqu'il est projeté ;

- au niveau du rôle 4 dans les services de psychiatrie des HIA, avec la particularité propre aux états de stress post-traumatique concerné (quelques mois le plus souvent mais aussi plusieurs années) ou bien encore que certains militaires atteints n'expriment que bien après le début des troubles une demande de soins.

Concernant les blessures psychiatriques post-traumatiques, les services de psychiatrie des HIA peuvent donc accueillir souvent dans un cadre d'évacuation médicale des états de stress aigus ou un état de stress post-traumatique débutant ou encore d'autres plus anciens en réactivation symptomatique : il s'agit là d'une activité s'intégrant dans le rôle 4.

Ils peuvent aussi accueillir des états de stress post-traumatiques dans le cadre d'un déclenchement tardif, mais aussi les états de stress post-traumatiques d'évolution prolongée à différents moments évolutifs (réactivation ou recrudescences symptomatiques, troubles addictifs associés, comorbidité dépressive, troubles du comportement répétés, ...) dans le cadre de soins de longue durée : les prises en charge s'intègrent là dans une configuration de type « rôle 4 secondaire ».

Ce que l'on constate aujourd'hui pour plusieurs services de psychiatrie des HIA, *c'est une augmentation conséquente de la part des patients ESPT dans le pool des patients hospitalisés*, militaires et anciens militaires (près de 75 % actuellement hospitalisés pour Robert-Piqué et Percy) alors qu'il y a 2 ou 3 ans ce pourcentage ne dépassait guère 25 % dans deux services.

A cet effet, il convient de rappeler ici que la « Grande enquête » sur les besoins de prévention des militaires de 2009 a retenu aux côtés de stress opérationnel les « risques liés à l'alcool » comme priorité sanitaire pour les armées.

Une évolution récente du positionnement du SSA dans la prise en charge des blessés en opération : un engagement plus marqué dans la réhabilitation des blessés physiques et/ou psychiques.

En 2011, à l'HIA de Percy, une dimension nouvelle a été apportée à la prise en charge des blessés en opération psychiques et/ou physiques avec la création de la Cellule de réadaptation et de réinsertion du blessé en opération (C2RBO), dispositif d'accompagnement médical et médico-social au parcours de réadaptation et de réinsertion intégrant acteurs du Service de Santé, de la Défense, dont les cellules d'aide aux blessés et de l'ONACVG.

De nombreuses avancées dans la prise en charge globale des blessés en opération ont découlé de cette initiative qui s'est déclinée par la suite dans d'autres HIA. Elle a démontré tout l'intérêt que les différents acteurs médicaux, institutionnels sociaux et administratifs du parcours des blessés se rencontrent et traitent en collégialité les situations individuelles dans leur singularité, dans un gain de temps et d'efficacité.

Le plan SSA 2020 intègre cette dimension de réhabilitation et de réinsertion : « ... une fois passée la phase aigüe, les hôpitaux des armées assurent la mission de rôle 4 secondaire. Ils ont ainsi développé des compétences de haut niveau en appareillage, réadaptation et soutien

psychologique. Ces compétences sont à maintenir et développer au sein du dispositif hospitalier militaire, afin d'assurer la prise en charge des blessés jusqu'à la phase de réadaptation-réhabilitation-réinsertion. Cette prise en charge globale, ayant la réinsertion comme objectif, associe aspects médicaux et sociaux. Elle implique les gestionnaires de ressources humaines des différentes armées et des structures d'aides aux blessés. La synergie entre intervenants est obtenue lors de réunions de concertation pluridisciplinaires, telles qu'elles ont été organisées ces dernières années à l'HIA de Percy ... »

Le projet médical de l'INI s'attache donc à « Faire une offre de soin en Ile de France novatrice et moderne au profit des patients traumatisés et en situation de handicap ».

1.2.2.1.2 Le service de réhabilitation psychique

Le service de réhabilitation psychique sera implanté dans le bâtiment sud et sera dimensionné à 20 lits. Il sera prioritairement destiné aux blessés en opérations présentant des troubles psychiques en lien avec des événements éprouvants, le plus souvent des états de stress post-traumatique. Ce service assurerait également la prise en charge du retentissement psychologique du handicap physique dans le cadre d'une activité de liaison au profit des autres entités de l'institution ;

- Un plateau technique mutualisé et redimensionné dont les équipements seraient adaptés aux besoins des patients pris en charge dans les services de MPR et de psychiatrie, mais délivrant également des soins ambulatoires ;
- Un hôpital de jour mixte de 10 places mutualisé ;
- Un centre de consultations externes dont les activités, cohérentes avec les pathologies prises en charge, permettant en ambulatoire le suivi, l'évaluation et la réévaluation, ainsi que l'expertise des patients ayants-droit.

Création à l'INI d'une unité d'hospitalisation de réhabilitation psychique centrée sur une mission de type « rôle 4 secondaire ».

Cette unité est associée au service de médecine physique et de réadaptation traitant des phases secondaires de la réadaptation et aux services de psychiatrie des HIA parisiens.

Il partirait d'un préalable : la psychiatrie des blessés en opération, les services de psychiatrie de Percy et de Bégin resteraient centrés sur la prise en charge des situations aiguës (évacuations sanitaires, états de stress aigus, réactions anxieuses et dépressives, ESPT en phase initiale ou réactivation d'ESPT, toutes situations d'urgences psychiatriques, autres).

A l'INI est créée *une unité de psychiatrie d'accompagnement à la réinsertion* avec 20 lits d'hospitalisation. Son action serait centrée prioritairement sur les troubles psychiques des blessés en opération (troubles psychiques post-traumatiques). La prise en charge du retentissement psychologique du handicap physique constituerait un deuxième axe d'action.

- Les indications d'admission sont :
 - Sortie de la phase de prise en charge de l'aigu pour consolidation ;

- Chronicisation des troubles accompagnée de problématique de désocialisation et d'insertion
- Autres activités :
 - Psychiatrie de liaison pour le service de MPR et le Centre des pensionnaires;
 - Animation de la C2RBO en lien avec les différents acteurs de la plateforme réinsertive (co-localisés) et les acteurs extérieurs.

Une activité possible de consultation ambulatoire pour les patients non pris en charge par d'autres structures, ceci n'est pas un axe prioritaire de cette unité centrée sur l'intra.

- Les limites de ce dispositif psychiatrique :
 - Tout moment évolutif critique (crise suicidaire, conduites addictives sévères, troubles hétéro-agressifs) fera l'objet d'une hospitalisation transitoire dans le service de soin d'origine
 - Tout particulièrement psychiatrique, l'un des moteurs du soin est la relation transférentielle qui lie le patient à son thérapeute. Il y aura intérêt à ce que chaque praticien d'un HIA de plateforme ait 1 ou 2 demi-journées de vacation dans l'autre site pour renforcer la cohérence des soins.
- Les plus-values apportées par cette unité :
 - L'expertise de la psychiatrie militaire et les compétences cliniques réunies
 - Une continuité et une cohérence dans le parcours de soin
 - Un cadre porteur à la symbolique forte
 - La possibilité d'activités socialisantes, notamment une plateforme de sports
 - La co-localisation et l'articulation avec une plateforme rassemblant plusieurs des acteurs de réinsertion (Cellule d'aide aux blessés des différentes armées, ONAC, Pôle mobilité défense, C2RBO, experts des PMI ...)
 - L'impact positif de l'inclusion des blessés psychiques dans un dispositif global dédié prioritairement aux blessés en opération.

1.2.2.1.3 Le service de Médecine physique et réadaptation (MPR)

Le service de MPR dimensionné à 50 lits est complété par le secteur partagé des 10 lits de l'hôpital de jour. Son projet de fonctionnement s'articule sur 3 types d'activités :

- L'un des secteurs particulièrement orienté sur la prise en charge du handicap généré par les séquelles neurologiques, orthopédiques, ou encore brûlures, ainsi que les handicaps dus aux amputations des membres.
- Un second dédié aux soins de suites post opératoires de la chirurgie des escarres de 10 lits, venant de la transformation du service de chirurgie
- Un troisième d'expertise d'évaluation des troubles cognitifs et sensoriels, son secteur d'activité sera le plateau technique et le recours préférentiel aux lits et place de l'HDJ

Articulation entre PHM IF et INI :

L'HIA de Percy prend en charge les phases primaires aiguës « Chaudes » de la rééducation et des services médico-chirurgicaux de la PHM IF.

Pour les patients encore instables et requérant des investigations lourdes et complexes, le service de MPR de Percy de l'hôpital verra la création d'une unité dédiée, très originale, bénéficiant du plateau technique performant de cet hôpital et de l'appui des services médico-chirurgicaux.

Les conditions d'admission dans le service de l'INI provenant de la PHM IF concernent les phases secondaires stabilisées ».

Le centre de réadaptation et de réinsertion de l'INI regroupera cinq unités MPR centrées sur les mêmes pathologies traumatiques lourdes que celles traitées à l'HIA de Percy mais avec une mission centrée sur la réadaptation et la réinsertion :

- Neurologiques : cérébrolésés, blessés médullaires, affections neurologiques périphériques
- Orthopédiques : polytraumatisés, polyfractures, suites des chirurgies fonctionnelles
- Amputés avec centre d'appareillage intégré
- Brûlés
- Soins de suite post-opératoire

Les malades seront issus en priorité des 2 rôles 4 parisiens (HIA de Bégin et de Percy) avec pour obligation pour les équipes MPR d'assurer le recrutement de ces patients au sein de ces rôles 4.

Au contact du service de MPR l'implantation future des équipements de l'antenne du CERAH de Créteil (plateau d'analyse de la marche et unité de production des prothèses) permettra de créer un véritable « centre médical de l'amputé » pour amputés et permettra une optimisation de son activité notamment en termes de consultations et d'expertises.

Ce nouveau projet SSA INI apporte une réponse complémentaire centrée sur la prise en charge et la réhabilitation des pathologies traumatiques « lourdes » en englobant le patient dans sa composante physique et/ou psychique.

Il s'agit ainsi de créer un véritable « Trauma réhabilitation Center » sur le modèle des centres anglo-saxons et en lien et en continuité avec le projet de trauma center devant être mis en place à l'hôpital de Percy.

Il existe d'autres modalités d'admission :

Elles concernent la même typologie de patients que ceux venant des HIA. Leur origine tient à l'insertion territoriale concertée avec l'ARS et avec un acteur préférentiel les hôpitaux de l'APHP.

Des parcours sont déjà opérationnels et seront inscrits dans le cadre de conventions actualisée :

- Avec le centre hospitalier de Saint Anne (SRPR)
- CHU de la Pitié Salpêtrière
- CHU de Garches

Deux sous unités sont identifiées au sein du service de MPR :

1.2.2.1.3.1 L'unité de soins de suites post-opératoires

Les complications inhérentes aux séquelles des affectations neurologiques post traumatiques et médicales, en particulier dégénératives exposent aux risques escarres sur les zones d'appui. Les modalités de prise en charge générales et locales selon le site de survenue sont complexes, pouvant mobiliser des compétences médicales spécialisées. Les modalités de suivi post opératoires, en secteur d'hospitalisation sont aussi complexes et nécessitent des équipes soignantes de haut niveau, spécialisées.

Au regard du besoin évalué au profit des patients, des ayants-droit et des pensionnaires, l'activité en propre pour le bloc opératoire apparaît insuffisante. Le choix d'un partenariat avec les structures compétentes est fait, d'une part avec l'HIA Percy pour ce qui concerne les escarres et d'autre Bégin pour les actes urologiques chirurgicaux complexes. La prise en charge opératoire des patients sans lien avec la défense, issus des partenariats de l'INI, seront opérés sur le site de l'hôpital de Garches.

La restructuration du service de chirurgie en service de soins de suites post opératoires est partie prenante du service de MPR au regard en particulier des compétences des personnels et de la typologie similaire des patients de ce service.

Compte tenu du besoin estimé sur la base des activités actuelle (100 patients/an) et des durées moyenne de séjour (45 jours), la cible en nombre de lits est fixée à 10 lits.

La spécificité décrite de temps opératoire et les faibles ressources en praticiens reconnus justifient le maintien en propre de ce spécialiste, ayant la responsabilité sur le site d'initier le protocole de traitement puis de suivre le temps post opératoire. Il aura la charge de réaliser les gestes chirurgicaux, en collaboration si nécessaire sur les sites des hôpitaux désignés.

Ces modalités de fonctionnement sont par ailleurs évoquées dans les parcours que l'INI décrit et met en œuvre.

1.2.2.1.3.2 L'unité d'évaluation des troubles sensori-cognitifs

L'USC a pour mission d'évaluer les besoins médicaux et psycho-sociaux des pensionnaires, des ayants droit, notamment relevant de l'article L. 115 et des assurés sociaux dans une démarche pluri-professionnelle qui s'inscrit dans une filière de soins. Les patients concernés présentent des troubles cognitifs associés ou non à une basse vision, des problèmes ORL ou psychiatriques qui les fragilisent et qui entraînent un risque fort de dépendance.

Les besoins en lits conventionnels de l'USC sont faibles en regard d'une activité centrée très fortement sur les consultations et l'hôpital de jour. Les hospitalisations d'une durée de 2 à 3 jours d'un faible volume permettent une prise en charge globale qui ne peut être réalisé en hôpital de jour et seront donc réalisées dans le service de MPR. A la sortie du service lorsque le bilan a été réalisé, le patient rentre à domicile ou retourne dans son établissement « adresseur » avec un

diagnostic, une proposition de traitement et de prise en charge médico-sociale. Un suivi est alors programmé en consultation ou en hospitalisation de jour en fonction des pathologies.

Cette unité sera donc intégrée dans le service de MPR et produira son activité au sein de l'hôpital de jour mixte de 10 lits et places eu sein du nouveau plateau technique. Cette alternative à une hospitalisation classique doit permettre à l'USC une prise en charge globale, identique à celle d'une hospitalisation complète tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

1.2.3 Le CERAH

1.2.3.1 *La situation actuelle*

Le Centre a été intégré le 1er janvier 2010 à l'Institution nationale des Invalides, établissement public administratif sous tutelle du ministère de la défense.

Le décret n° 2009-1754 du 30 décembre 2009 relatif à l'intégration du centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés au sein de l'Institution nationale des Invalides précise les missions du CERAH :

- donner des informations et des conseils sur les appareillages et produits d'assistance et dispenser des formations à l'utilisation de ces matériels ;
- dispenser des formations sur les bonnes pratiques professionnelles relatives au maintien à domicile des personnes âgées ou à l'autonomie des personnes handicapées et à l'utilisation des matériels ;
- procéder à des essais d'appareillages et produits d'assistance en vue de la vérification du respect des spécifications techniques et des normes françaises, européennes et internationales ;
- réaliser des appareillages et des produits d'assistance particulièrement complexes ;
- mener, dans le cadre des orientations définies par le ministre chargé des anciens combattants, des études et des recherches dans le domaine de l'appareillage et des produits d'assistance.

1.2.3.2 *La déclinaison de cette mission appareillage*

Le CERAH reçoit les personnes handicapées présentant un problème d'appareillage complexe, adressées au Centre par les médecins des services hospitaliers ou du secteur libéral.

Il assure l'appareillage des militaires hospitalisés à l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy.

Depuis 2010, la mutualisation des compétences en matière d'appareillage avec les services de l'Institution nationale des Invalides s'est organisée grâce à la nomination d'un responsable commun du secteur appareillages orthopédiques pour les sites parisiens.

Trois sites de consultations sont proposés aux usagers : Woippy, Créteil (94) et Paris (7ème) où une équipe d'orthoprothésistes prend en charge les personnes handicapées pour mettre au point et réaliser un appareil adapté à chaque cas.

1.2.3.3 Les aides techniques

Une équipe spécialisée informe, conseille et aide les personnes handicapées et/ou âgées, leur entourage et les professionnels de la réadaptation, à choisir un matériel adapté.

Le CERAH propose les prestations suivantes :

- de la documentation sur les matériels, leurs fabricants et distributeurs ;
- des bilans ergothérapeutiques ;
- des essais de matériel.

Le Centre possède en effet un important parc de fauteuils roulants et autres produits d'assistance qu'il met à la disposition des personnes handicapées pour les aider dans leur choix de matériels en fonction de leurs incapacités et de leurs besoins. Ces essais sont obligatoires dans le cadre de la prise en charge des fauteuils roulants à propulsion électrique et des fauteuils roulants verticalisateurs.

Les personnels paramédicaux alimentent également la base de données sur les produits d'assistance du site internet CERAHTEC.

Cet outil facilite l'accès à l'information sur les produits d'assistance disponibles sur le marché et favorise une plus grande transparence de l'offre accessible aux professionnels et au grand public.

Le CERAH, doté d'un comité consultatif scientifique et des usagers, s'investit dans la recherche appliquée dans de nombreux domaines intéressant le handicap moteur et les produits de restauration et de suppléance fonctionnelle.

1.2.3.4 Les perspectives

Dans le cadre du projet d'un pôle de réhabilitation post traumatique la mission du CERAH est déterminante. Le besoin d'appareillage est clairement identifié tant pour le développement des nouvelles prothèses que pour le suivi durant le parcours à long terme des amputés au cours de leur vie.

Cette approche nouvelle conditionne par ailleurs l'activité de recherche et les partenariats avec le cercle sportif de l'INI et les centres civils.

Le projet élaboré est ainsi fondé sur la localisation de l'antenne de Créteil sur le site de l'INI. Outre l'activité de consultation par ailleurs faite, le transfert du plateau d'analyse de la marche adapté à la recherche constitue une approche cohérente et efficiente.

Il apparaît possible en cohérence avec ses besoins et ses objectifs de performance de créer un véritable centre intégré pour amputés, tous les acteurs étant co-localisés dans une unité de lieu et de moyens. Cela répond aussi à des objectifs d'ouverture au profit de la santé publique.

1.2.4 Le plateau technique

Une réorganisation de cette structure est envisagée afin de devenir la véritable plaque tournante au profit du centre des pensionnaires, du centre de réhabilitation post traumatique et du CERAH. Il serait aussi une porte d'entrée pour la maison inter-armée du blessé.

Ce plateau s'organise autour de 2 entités :

- une structure de 10 lits d'hôpital de jour, en conformité avec les normes définie par la santé
- un plateau de consultations et d'activités médico technique au regard de nos besoins.

Dans le cadre des besoins en infra structure pour ce projet, une description détaillée sera décrite dans le projet d'établissement.

1.2.4.1 La création d'un hôpital de jour mixte

Ce service de 10 lits organisé au rez-de-chaussée sur la base d'un circuit dédié constitue un service identifié permettant les activités :

- De bilan au profit des pensionnaires avant une décision de transfert selon les cas, évitant des transports itératifs
- D'évaluation des patients paraplégiques pour leurs complications d'escarre et d'urologie
- Des évaluations dans le cadre de l'USC
- De prise en charge des patients en MPR et du service de réhabilitation psychique

En parallèle à cet HDJ sera créé l'appartement thérapeutique permettant une meilleure réadaptation des patients polyhandicapés avec une capacité d'hébergement de 10 chambres. C'est un outil privilégié et moderne, tremplin au retour au domicile, dans le cadre d'une réinsertion à la vie civile.

Dans le cadre des parcours de soins et des liens avec le SSA, une connexion dédiée avec une unité miroir pour le handicap sera faite dans le service de MPR de l'HIA Percy.

1.2.4.2 Le centre de consultations

Un plateau technique commun dans lequel sera inséré un centre de consultations externes sera créé au sein du bâtiment central au rez de chaussée (RDC). Ses activités seront cohérentes avec les pathologies prises en charge au sein de l'institution, permettant en ambulatoire le suivi, l'évaluation et la réévaluation, ainsi que l'expertise des patients ayants-droit.

Les salles d'évaluation cognitives, sensorielles ORL et ophtalmologiques sont établies dans ce site partagé.

Un centre d'expertise et de recherche en appareillage du handicap (CERAH) avec le déménagement des équipements et du personnel de l'antenne du CERAH de Créteil complètera la composition de ce plateau dont il constituerait une composante à part entière.

Ce lien avec l'expertise sera aussi fait avec le centre des pensions militaires de La Rochelle.

1.2.4.3 Le plateau d'analyse de la marche et une unité de production de prothèses

Par ailleurs, en 2021, les équipements et le personnel de l'antenne du CERAH de Créteil seront implantés au sein du bâtiment central aux emplacements du bloc opératoire. Situé au centre du nouveau plateau technique au RDC du bâtiment central cette « mise au contact » de la patientèle, au-delà de supprimer les transferts permettra une optimisation forte dans la conception des prothèses puisque la réalisation globale qui était faite à Créteil était suivie d'une phase d'ajustement qui se faisait à l'INI.

1.2.4.4 Le Plateau de MPR

En contiguïté et synergie avec le secteur du CERAH l'ensemble des moyens actuels de kinésithérapie, ergothérapie et balnéothérapie assurant les activités de rééducation sont maintenues dans leurs locaux et rattachés à ce plateau.

1.2.4.5 L'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile

C'est également une activité qui s'inscrit dans la continuité d'actions réalisées au sein du plateau technique et au sein de l'HDJ.

1.2.4.6 Le service de radiologie conventionnelle

Le lien entre les évolutions des activités de soins de l'INI et la charge de travail de l'équipe du service d'imagerie est évident. De par la volonté affirmée de développer certaines activités : soins de suite liés aux pathologies de l'appareil locomoteur, soins de suite à orientation gériatrique, l'appui d'un plateau technique d'imagerie adapté et réactif est incontournable.

Les principaux objectifs sont les suivants :

- Le maintien des équipements de radiologie conventionnelle et d'écographie
- La mise en œuvre de coopération chaque fois que nécessaire entre l'INI et le SSA
- La diffusion des outils modernes d'échange d'informations et d'images par le développement des réseaux d'images, l'accès partagé aux dossiers et le développement de la télé-imagerie.

1.2.4.7 Le cabinet dentaire

Spécialisé dans le traitement des handicaps odonto-stomatologiques et gériatriques, il se positionne comme un service référent pour les diagnostics, les traitements et les séquelles de blessures s'inscrivant ainsi dans les grandes orientations de l'institution.

L'activité d'implantologie chirurgicale sera donc assurée par le cabinet dentaire de l'HIA PERCY qui permet de répondre efficacement et en toute sécurité à la demande de soins des différentes catégories de patients qu'il reçoit, dans l'ordre de priorité suivant :

- Les pensionnaires de l'institution

- Les patients ressortissants de l'article L. 115, pensionnés pour édenture ou blessure maxillo-faciale
- Les patients ressortissants de l'article L. 115 pensionnés pour une autre pathologie ou blessure
- Les patients militaires en activité et les patients assurés sociaux.

La chaîne complète de soins, qui va des soins conservateurs à la prothèse fixe ou amovible imprime au service une originalité qui ne se rencontre qu'exceptionnellement en milieu hospitalier.

Une des vocations de l'institution est le traitement des séquelles de la blessure et les handicaps s'y rattachant. L'implantologie orale dans cette logique fait partie de l'offre de soins prothétiques quand les traitements traditionnels ont atteints leurs limites, elle sera ainsi réalisée avec l'HIA Percy pour une qualité optimale et avec des pratiques harmonisées.

L'expérience acquise en matière de soins odonto-stomatologiques, la présence du service au sein de l'institution évitant ainsi pour les pensionnaires ou les hospitalisés de nombreux déplacements vers une autre structure est un atout qui ne doit pas être remis en question.

Le projet consiste donc à pérenniser tout ce qui a été entrepris et adapté aux normes en vigueur, pour apporter à la patientèle Article L. 115 si particulière, dont les « Gueules Cassées », une qualité et tous les soins auxquels elle peut prétendre, conformément à la mission de l'institution.

1.2.4.8 La pharmacie hospitalière

Les objectifs du service de pharmacie sont les suivants :

La poursuite de la sécurisation du circuit du médicament, grâce à l'outil informatique, qui permettra :

- L'analyse et la validation de la prescription avant dispensation
- La poursuite, au centre médico-chirurgical de la dispensation nominative, déjà mise en œuvre dans le centre des pensionnaires.
 - La participation, avec les médecins prescripteurs, à l'évaluation de la qualité et de la pertinence des traitements médicamenteux, depuis l'admission du patient jusqu'à sa sortie
 - L'entrée dans le dispositif national du contrat de bon usage des médicaments
 - Le développement d'un nouveau logiciel de gestion
 - L'évaluation de la sécurité du circuit du médicament.

1.2.5 Les parcours chirurgicaux

Le recentrage du projet médical sur une activité de rééducation au sens large, des moyens spécifiques en conséquence, la complexité de prise en charge des patients nécessitent d'élaborer ce projet sur la base de collaborations, de partenariat et de protocoles.

La spécificité des patients a identifié plusieurs parcours qui feront l'objet d'un développement.

1.2.5.1 Les blessés médullaires

On estime qu'un blessé médullaire (1 000 nouveaux blessés médullaires par an en France dont 800 traumatiques – étude du Dr Albert de COUBERT en 2000) fera au moins une escarre de décubitus au cours de sa vie avec des conséquences sur sa vie sociale et éventuellement professionnelle (impossibilité de mise au fauteuil, alitement prolongé sans parler des conséquences médicales : surinfection, arthrite, choc septique).

En ce qui concerne les séquelles urologiques, même si on constate une forte diminution des complications grâce à une meilleure prise en charge précoce des patients (B.U.D., autosondages), celles-ci persistent dans une population vieillissante.

Cette activité chirurgicale correspond à un besoin de la population. Les séquelles et complications chirurgicales des blessures médullaires représentent un réel problème de santé publique.

La prise en charge de la clientèle jusqu'alors suivie au sein de l'INI représente une file active qu'il convient de prendre en charge dans les meilleures conditions. Ce sont les raisons pour lesquelles le projet chirurgical de prise en charge des escarres sera fonction des caractéristiques de la clientèle :

- Les blessés médullaires nécessitant une intervention disposent d'un nombre restreint de recours. Le service de Garches véritable « centre experts » identifié par l'ARSIF est en demande de partenariat pour mettre en synergie les compétences chirurgicales du personnel de l'INI et celles de Garches ainsi que l'excellence de son plateau technique.
- Pour les ayants-droits obligés (art.L115) les actes chirurgicaux seront réalisés au sein de la PHMIF et notamment au sein du bloc opératoire de l'HIA Percy qui dispose des spécialités nécessaires à la prise en charge de cette clientèle, chirurgie en secteur septique, service de chirurgie plastique et orthopédique :
- Il conviendra seulement de former les personnels de la PHMIF par le biais d'échanges et de stages à formaliser afin que le personnel soignant soit à même de réaliser les actes indispensables à leur prise en charge (éducation thérapeutique)
- Si l'environnement péri-opératoire de l'INI est le plus adapté pour la prise en charge des soins de suite post-opératoires des blessés médullaires, le plateau technique de l'HIA PERCY permet, pour les patients les plus lourds, de bénéficier de la réanimation, d'un dépôt de sang et d'une imagerie médicale moderne.

Les patients concernés par cette activité chirurgicale sont donc les suivants :

- les pensionnaires et les patients relevant de l'article L.115 depuis leur admission jusqu'à leur guérison ;
- les patients du secteur civil au domicile adressés par leur médecin traitant, le personnel soignant ou en provenance du secteur d'hospitalisation à domicile ;
- les patients adressés par les établissements de santé partenaires (MCO et SSR).

Afin d'assurer les meilleures conditions de prise en charge, le transport est identifié comme une priorité. Cette activité de nature soignante fera l'objet d'un rattachement au plateau technique, dans le cadre d'une cellule transport et décrite dans le projet de soin para médical.

1.2.5.2 Les urgences

La permanence et sécurité des soins constituent un axe prioritaire de développement du projet médical. Dans une approche de gestion des risques a priori, une cartographie de ceux-ci sera faite par secteur géographique et typologique de handicap.

La formation des personnels constitue un axe essentiel à la mise en œuvre de cette réponse, incluant les personnels médicaux de garde.

Les modalités de transfert font l'objet d'une convention avec la BSPP, au profit de l'HIA Percy en raison de sa proximité, hors urgence vitale, et connaissance de nos spécificités. Plusieurs praticiens de cet établissement prennent des gardes et le SAU sera organisé à terme pour l'accueil des patients paraplégiques.

1.2.5.3 Les amputés

L'évolution des besoins de prise en charge chez les blessés des opérations et victimes civiles de guerre et d'attentats fait apparaître une augmentation du nombre d'amputés. Par ailleurs les avancées technologiques permettent de proposer des prothèses répondant à des projets de vie adaptés, parfois très ambitieux, et constitués de systèmes de haute technologie.

Les praticiens et techniciens du CERAH par leur compétence et expérience dans ce domaine deviennent ainsi les pilotes d'un parcours dédié à une population d'amputés traumatiques de nouvelle génération. L'unification avec le CERAH sur le site de l'INI de tous les acteurs de la réhabilitation réalise un moyen unique de création d'un centre référent, national. Les partenariats avec le CHU de Garches permettront à terme de densifier ce centre.

La démarche de la prescription qui devient pluri-professionnelle, ainsi que la maintenance seront ainsi maîtrisées sur le site, et les adaptations avec le cercle sportif, acteur reconnu dans le domaine du handisport.

Cela assure par ailleurs le lien avec l'expertise au profit du centre des pensions militaires.

1.2.6 Les parcours d'expertise

L'activité et le temps de l'expertise constituent une étape indissociable de celle du soin et elle est étroitement associée à la réinsertion. La densification des prises en charge de militaires blessés au sein de l'établissement impose d'identifier un véritable parcours structuré par des moyens adaptés, des compétences et une organisation cohérente, intégrant tous les acteurs institutionnels présents sur le site de l'HNI comme l'ONACVG, les cellules d'aides aux blessés des armées, les services sociaux et de reconversion.

La connaissance des problématiques d'expertise par les présidents et responsables des différentes associations et fédérations d'anciens combattants constitue un moyen déterminant de concertation et d'aide.

Cette activité sera réalisée dans le cadre d'une nouvelle instance de comitologie, celle-ci aura pour objectif de réaliser une aide, une préparation, au temps de l'expertise qui sera réalisée par la suite par l'instance compétente. Ce n'est pas une substitution, ni un temps contradictoire à celle-ci.

1.2.6.1 Populations ciblées

- Les militaires blessés en opération, pendant leur phase de rééducation, en attente de leur consolidation et de leur présentation à la commission médicale du service des pensions de La Rochelle.
- Les pensionnaires, en situation de demande d'aggravation ou de reconnaissance de nouvelles infirmités ou de majoration pour tierce personne.
- Les anciens combattants et victimes de guerre, hospitalisés au sein du service de MPR, des HIA parisiens, ou pris en charge par le CERAH dans le cadre de leur appareillage, ou à la demande de l'ONACVG.
- Les victimes des attentats, en prévision de leur expertise par la Fond de Garantie des Victimes d'actes de Terrorisme ou d'infraction qui forme avec le Fond de Garantie des Assurances Obligatoires (FGAO) le Fond de Garantie (FG).

1.2.6.2 Commission d'aide à l'expertise du dommage corporel de l'INI

Elle sera fondée sur la présence de praticiens rompus à l'expertise médico-légale qui obéit à des règles strictes. Un coordonnateur compétent au sein de l'INI sera désigné. Les médecins experts de l'INI qui intégreront cette instance sont diplômés en Réparation Juridique du Dommage Corporel. Généralistes ou rééducateurs fonctionnels, ils sont spécialisés dans la prise en charge du grand handicap représenté par les blessés médullaires ou les patients cérébrolésés et amputés.

Selon les besoins d'autres praticiens seront sollicités en tant qu'experts dans leur discipline :

- le chirurgien-dentiste apporte son expertise en cas de traumatisme facial.
- Des praticiens hospitaliers des HIA pourront être sollicités dans leur domaine de compétences : chirurgie orthopédique, neuro chirurgie, ORL, ophtalmologue,...
- les psychiatres de l'unité spécialisée qui sera constituée dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique joueront un rôle fondamental dans l'évaluation de la blessure psychique.

Ils peuvent s'appuyer dans leur mission sur les nombreux sapiteurs présents à l'INI :

- les ergothérapeutes définissent les aides domotiques et évaluent l'aptitude à la conduite chez les blessés médullaires : la création des appartements thérapeutiques et le véhicule auto-école de l'INI sont d'une aide précieuse.

- Les neuropsychologues mesurent les capacités cognitives restantes chez le patient cérébrolésé : le médecin expert peut ainsi qualifier et mesurer les aides substitutives, d'incitation ou de stimulation.

1.2.6.3 Les interactions de la commission

Le fonctionnement de cette commission est de fait ouvert et intègre tous les objectifs de la réinsertion, donnant un sens et un objectif à la réparation.

- La C2RBO, c'est l'interaction déterminante pour répondre au meilleurs parcours de ces patients blessés.
- La commission de staff de MPR, de psychiatrie.
- La commission médicale des pensions de La Rochelle.
- La CNMSS, en particulier pour le domaine de l'appareillage.
- Et tout acteur pouvant intervenir dans la définition des projets de réparation et réinsertion.

1.2.6.4 Les moyens dédiés à son fonctionnement

Outre les moyens en personnels évoqués préalablement, l'organisation opérationnelle sera représentée par son intégration dans le cadre du fonctionnement du nouveau plateau technique qui sera constitué au rez de chaussée du bâtiment central, permettant les meilleures conditions d'accessibilité.

Le secrétariat centralisé permettra une optimisation de gestion et coordination des moyens de consultation, de cabinet dentaire, d'appareillage, de radiologie conventionnelle.

Cette porte d'entrée unique sera en lien directe avec la Maison des Blessés en phase de création au sein de l'HNI sous l'autorité du Gouverneur Militaire de Paris et avec le Gouverneur des Invalides et des tous les organismes institutionnels cités. Une capacité d'hébergement associée permettra d'assurer une large ouverture de fonctionnement à cette nouvelle entité, en amont des instances d'expertise.

2. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

2.1 Les évolutions de la politique de sante publique

Le monde de la santé est en perpétuelle évolution, dans le but d'apporter les soins les meilleurs en optimisant les parcours de soins tout en intégrant les contraintes médico-économiques de performance fixées par les tutelles et le législateur. Les objectifs prioritaires à atteindre doivent permettre de proposer des prises en charges pour les bénéficiaires personnalisées, décloisonnées et coordonnées, en territoire de santé se fondant sur des réseaux.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques s'inscrit dans ces nouvelles approches. Déclinaison du projet médical, il contribue à la rénovation du processus général de la prise en charge des bénéficiaires au sein de l'INI.

2.2 Le parcours de soins 2009-2015

L'institution nationale des Invalides se compose de trois centres complémentaires spécialisés dans la prise en charge du grand handicap. Elle dispense des soins en hospitalisation ou en consultation aux malades et aux blessés en vue de leur réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale. Les procédures de soins généraux et spécifiques sont adaptées et fondées sur une longue expertise en faisant un centre d'excellence reconnu dans les milieux de la rééducation et du handicap.

L'ensemble des pratiques professionnelles font l'objet d'évaluations et de suivis par les visites de certification assurant qualité et sécurité des soins.

2.2.1 Le centre médico-chirurgical

Les pratiques professionnelles s'organisent sur trois unités distinctes, mais non cloisonnées.

2.2.1.1 Le service de MPR

Il est axé sur la prise en charge des atteintes neurologiques centrales et périphériques, de séquelles neuro-orthopédiques, de traumatisme, de pathologies orthopédiques, des grands brûlés et de l'appareillage.

Un plateau technique de très haut niveau, incluant une balnéothérapie et l'antenne du CERAH est associé à ce service, ayant pour objectif la rééducation mais aussi la réinsertion professionnelle et sociale. Des projets de soins personnalisés et coordonnés sont développés en collaboration avec les acteurs sociaux, professionnels militaires ou civils.

Les activités de réhabilitation cardiovasculaires sont effectuées avec les professionnels du cercle sportif de l'INI.

2.2.1.2 L'unité sensori cognitive

Il évalue et prend en charge de manière coordonnée les séquelles de traumatismes crâniens ou de maladies neuro-dégénératives ; la consultation mémoire labellisée et l'expertise dans le domaine de la basse vision en sont deux éléments clefs.

L'activité de cette unité s'organise entre l'hôpital de jour et un secteur d'hospitalisation conventionnelle où les patients les plus lourds sont pris en charge sur le plan cognitif, avec des risques fréquents de fugues en particulier.

2.2.1.3 Le service de chirurgie

Il offre une prise en charge chirurgicale multidisciplinaire des séquelles et complications des lésions neurologiques centrales et des amputations. Le service de chirurgie est spécialisé dans la chirurgie des escarres majeures ; les opérés sont généralement des récidivistes, avec de multiples escarres nécessitant une prise en charge complexe et pluridisciplinaire.

La durée de séjour est longue et est imposée par un positionnement allongé du patient pendant quarante-cinq jours. La reprise de la verticalisation est progressive sur au moins six semaines, d'où une durée de séjour importante parfaitement justifiée.

La gestion des problématiques nutritionnelles et infectieuses sont également au cœur des pratiques professionnelles ainsi que l'accompagnement psychologique au regard des séjours prolongés.

2.2.2 Le centre des pensionnaires

Secteur de soins complexes alliant la médecine générale, la gériatrie et les pertes d'autonomie tant physique que cognitive ce service mobilise chez les soignants de nombreuses compétences.

L'évaluation de la dépendance et des activités en soins est élaborée avec la grille d'autonomie gériatologique groupe iso-ressources (A.G.G.I.R.). En 2016, la dépendance reste élevée avec un G.I.R. moyen pondéré de 870. En effet, la majorité des pensionnaires, 60 sur 80 présents à ce jour, nécessite la présence indispensable et continue d'intervenants pour assurer les actes de la vie courante.

Certains pensionnaires ont besoin de surveillance vitale et d'une offre de soins importante.

L'approche soignante psycho-gériatrique permet de définir en équipe pluridisciplinaire le projet de vie individualisé pour les pensionnaires. L'ouverture de ces équipes est importante en particulier avec les membres des associations de bénévoles comme la Croix Rouge, l'Ordre de Malt et Solidarité Défense.

2.3 Les dispositifs transverses

2.3.1.1 *La cellule animation*

Les professionnelles du service d'animation s'impliquent aux synthèses et aux visites sur dossier des pensionnaires afin de coordonner et personnaliser les projets de vie des pensionnaires et hospitalisés et réfléchir sur les objectifs et les axes prioritaires du service. Ils s'attachent aussi à faciliter l'accès aux activités proposées aux pensionnaires et aux hospitalisés, en vue de favoriser leur vie relationnelle, sociale et culturelle à l'Institution.

L'animation sociothérapique est portée par des professionnels. Une infirmière coordonne l'éducation thérapeutique grand handicap. Des séjours thérapeutiques sont organisés au fil de l'année soit deux équivalents temps plein. Enfin la mise en œuvre du dossier patient informatisé a nécessité deux ETP pour l'année. Soit un total, pour ces activités transverses de dix ETP. Le plateau technique conséquent répond à la prise en charge du grand handicap soit 36 postes paramédicaux techniques en rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et, psychomotriciennes).

2.3.1.2 *L'hygiène hospitalière*

La politique en hygiène hospitalière répond de façon efficiente aux réglementations et directives en pleine évolution notamment sur le développement durable. Elle vise la qualité et la sécurité des soins au profit de tous les bénéficiaires de l'INI.

2.3.1.3 *Les compétences en soins d'éducation thérapeutique patient-grand handicap*

L'éducation thérapeutique du pensionnaire et du patient à l'INI s'inscrit dans la prise en charge du grand handicap pour les pensionnaires ou patients paraplégiques et/ou ayant des troubles neurologiques. La conception de ce programme s'est faite selon un travail d'ingénierie de l'organisation des soins depuis 2009, à base d'évaluations des pratiques professionnelles sur les thèmes de la prévention des escarres et de l'auto-sondage au sein du service de MPR.

Ce travail dans le cadre d'un programme en éducation thérapeutique a été validé par l'ARSIF en août 2013. Ce travail s'articule dans le cadre le réseau MAREP de l'hôpital Necker – Enfants malades.

2.3.2 La modernisation des parcours de soins

Les infirmières coordinatrices installées dans tous les services médicaux de l'Institution favorisent une prise en charge pour les bénéficiaires la plus adaptée et coordonnée à leurs pathologies. Elles ont un rôle majeur pour l'élaboration des projets de vie et projets de soins des pensionnaires et des patients. Ces nouvelles pratiques améliorent les pratiques professionnelles paramédicales en intégrant les professionnels dans les pratiques avancées de soins. Ces professionnels analysent les situations complexes de soins, aident les équipes à prendre en charge des patients jugé difficiles

du fait de leur pathologie ou de situations complexes. Ce travail en synergie favorise la meilleure prise en charge pour nos bénéficiaires en particulier des militaires issus des HIA.

2.4 Le parcours de soins 2016-2020

Pour ce nouveau projets de soins para médical deux axes vont le guider :

- Tenant à la mise en place d'un pôle de réhabilitation post traumatique de la Défense pour répondre à l'accueil, la mise en œuvre psycho-dynamique de la rééducation, la réadaptation et la réinsertion des ayants droits s'intègre dans le rôle 4+ du projet SSA 2020, au profit également des victimes civiles et à l'offre de soins territoriale. Cet objectif du projet médical recentré sur une activité de SSR est étendu aux blessés psychiques et aux activités d'appareillage.
- Le travail en collaboration avec les équipes des HIA de la PHMIF et de Garches pour la gestion opératoire de la chirurgie des escarres.

2.4.1 Le dispositif d'accueil

Le management du dispositif d'accueil des bénéficiaires repose sur un maillage ville-hôpital-HIA-Associations. Il intégrera pour les équipes un fonctionnement recentré sur le plateau technique intégrant dans son périmètre une fonction transport de qualité pour les patients les plus fragiles et exposés.

Cette fonction porte d'entrée unique constitue un premier axe de compétence pour tous les personnels y compris ceux de l'hôpital de jour et pour l'activité d'expertise.

2.4.2 La prise en charge par pôle

Les organisations en pôle s'installent au centre médico-chirurgical et au centre des pensionnaires sous la responsabilité d'un directeur médical avec un cadre supérieur de santé. Ce binôme professionnel porte le management médico-économique du pôle. La politique de pôle prend en compte le décloisonnement des pratiques et favorise les prises en charge transverses institutionnelles et en réseau avec les partenaires privilégiés que sont les H.I.A.

Ceci constitue un second axe de fonctionnement pour les équipes.

2.4.3 La transformation de l'activité de chirurgie

La fermeture du bloc chirurgical est prévue au 31/12/2016. Les patients souffrant d'escarre majeure, nécessitant une intervention chirurgicale seront opérés dans les services chirurgicaux de Percy en priorité, voire de Garches (AP HP) pour les non ayants-droit.

Une équipe mobile chirurgicale INI se déplacera pour la prise en charge chirurgicale globale dans les hôpitaux partenaires. Le transport délicat de ces patients est intégré à cette transformation, des professionnels de l'INI accompagneront ces patients dans les services de chirurgie.

Ce tuilage professionnel des soins est absolument nécessaire compte tenu des tableaux cliniques des patients souffrants d'escarre majeure. Les professionnels de l'INI s'engagent en amont et en aval pour la meilleure prise en charge des escarres. Le suivi post-opératoire se ferait à l'INI après la phase aigüe des soins dans le service de MPR dans le cadre d'une unité de type SSPO

Ces nouveau processus de prise en charge des transports constituent un troisième axe fort.

2.4.4 Le développement de la prise en charge du syndrome post-traumatique

Le fort plateau technique avec ses professionnels contribue à la rééducation, à la réadaptation et à la réinsertion des patients et des pensionnaires de l'INI.

Ce quatrième axe est un véritable enjeu de compétences, de changement d'organisation avec la création d'un nouveau service en infrastructure.

2.4.5 L'élaboration du retour à domicile

L'élaboration du retour à domicile se prépare pendant l'hospitalisation. Les évaluations de mises en situation et les bilans d'autonomie, les synthèses pluridisciplinaires, les réunions avec les familles contribuent à la définition pluri-professionnelle du projet de sortie du bénéficiaire. Des visites à domiciles s'organisent en amont et en aval. Les dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour polyvalent, appartement thérapeutique) sont des outils précieux et modernes qui contribuent fortement à la réinsertion.

Il est le cinquième axe de ce plan ambitieux d'activité intégrant qualité et gestion des risques pour les équipes para médicales.

2.5 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences est dorénavant prise en compte en vue de s'adapter à la nouvelle activité émergente de prise en charge du syndrome post-traumatique. Une campagne de formation est en cours dans ce domaine. Des professionnels ont déjà bénéficié de formations, information infirmier, relation d'aide, diplôme universitaire relatif au syndrome post-traumatique.

L'expérience acquise, les compétences développées, les performances professionnelles s'inscrivent dans un parcours professionnel individuel qualifiant du professionnel à l'INI. L'homogénéisation des pratiques professionnelles entre l'INI entre la plateforme hospitalière militaire d'Ile de France doit également s'organiser afin de promouvoir le savoir-faire en réseau.

3. La recherche

Cette activité constitue un autre point fort du projet médical partagé, véritable axe stratégique du projet d'établissement. Dès à présent cette activité de recherche bénéficie de l'expertise, de la reconnaissance des équipes du CERAH par l'ensemble des centres universitaires et professionnels. Il sera par ailleurs associé à la propre organisation et expertise des équipes du SSA.

Chacun des participants pourra ainsi être intégré à cette nouvelle impulsion universitaire au sein de l'INI et être conforme aux parcours professionnels des infirmiers dans le cadre de leur développement personnel continu (DPC).

Il se décline selon trois axes :

- Projet amplifié du CERAH
- Projet commun avec le SSA
- Projet de soins infirmier

3.1 Le nouveau projet du CERAH

3.1.1 Un état des lieux

Le CERAH, doté d'un comité consultatif scientifique et des usagers examine les travaux menés par le Centre dans tous ses domaines d'activité, s'investit dans la recherche appliquée dans de nombreux domaines liés au handicap moteur, aux produits de restauration et de suppléance fonctionnelle.

Le département recherche développe les connaissances et outils permettant d'améliorer la prise en charge, la santé et la qualité de vie des personnes en situation de handicap moteur. Pour cela, il bénéficie du fort soutien des autres services du CERAH, notamment du Département Documentation pour toutes les recherches bibliographiques et du Centre de Ressources Technologiques, capable de développer de nombreux outils spécifiques.

La recherche s'organise autour de deux thématiques principales :

- l'appareillage et la locomotion des personnes amputées de membre inférieur d'une part
- la locomotion en fauteuil roulant manuel d'autre part.

Les travaux de recherche ont pour finalité la production et la diffusion de connaissances et de solutions techniques à destination de l'ensemble des professionnels de la réadaptation, des usagers, et de la communauté scientifique.

3.1.2 Les projets d'avenir

Deux axes sont déjà définis. Cela ne présume pas des projets en phase de conception, en particulier d'une stratégie de recherche participative en cours d'élaboration avec la mission innovation participative (MIP) de la DGA.

3.1.2.1 *Concernant la locomotion en fauteuil roulant manuel*

Le programme de recherche est centré sur l'étude de l'effet des réglages sur le chargement musculo squelettique de l'utilisateur, dans diverses situations et en fonction des stratégies et de l'environnement de l'utilisateur.

Les dispositifs utilisés pourront être les outils d'analyse du mouvement, les outils de mesure embarqués (mouvement, forces, pressions, etc.), les ergomètres de fauteuil roulant (ergomètres fixes et ergomètres mobiles), la réalité virtuelle (Système CAREN, lunettes de réalité virtuelle, projecteur, etc.), l'électromyogramme, les fauteuils réglables, etc.

3.1.2.2 *Concernant la locomotion des personnes amputées de membre inférieur*

Les premiers objectifs de la recherche sont de développer et d'exploiter des bases de données d'analyse de la marche de patients amputés dans diverses situations de la vie courante, avec divers appareillages et/ou ayant suivi différents protocoles de rééducation.

Les outils utilisés seront le système d'analyse du mouvement et les dispositifs imitant les situations difficiles de la vie courante (pente, dévers, escalier), des systèmes de mesure ambulatoires (centrales inertielles, semelles de pression, appareils de mesure connectées, etc.) ou des systèmes de mesure simples (capteurs de force 1D, capteurs d'angle, etc.), des systèmes de caractérisation géométrique (scanner 3D) et mécanique du membre inférieur (IRM, scanner, capteur de force/déplacement, etc.), des systèmes de mesure d'effort d'interaction entre le membre résiduel et son emboiture (développement spécifique), des systèmes d'affichage pour le biofeedback (lunettes de réalité virtuelle, projecteur, système CAREN).

3.1.3 Les moyens de mise en œuvre

3.1.3.1 *L'insertion dans un réseau clinique, industriel et universitaire*

Les recherches sont réalisées en collaboration étroite avec les centres cliniques (amélioration des synergies avec les équipes cliniques de l'INI, du HIA Percy et de l'Institut Régional de Réadaptation de Nancy, et d'autres centres de rééducation, d'appareillage ou spécialisés en fauteuil roulant), les industriels (notamment la société PROTEOR) et les universitaires (notamment l'Institut de Biomécanique Humaine Georges Charpak des Arts et Métiers, l'université de Lorraine, l'INRIA de Rennes).

3.1.3.2 *Les actions de sensibilisation et de formation*

L'équipe de recherche poursuivra ses interventions régulières dans des cursus de formation clinique et d'ingénieur (Master 2 biomédical, encadrement de projets de master et de fin

d'études, projets élèves Ecoles de St Cyr, projet TIPE des élèves en classe préparatoire, etc.) pour diffuser les connaissances et sensibiliser au handicap.

3.1.3.3 Le matériel nécessaire pour la conduite des recherches

Sans exhaustivité pour ces futurs projets plusieurs dispositifs sont nécessaires :

- Système optoélectronique de capture du mouvement
- Centrales inertielles (existant), semelles de pression, nappes de pression, montres et autres vêtements connectés
- Système d'immersion en réalité virtuelle (de type CAREN ou autre).

3.2 Le projet de recherche avec le SSA

Les réorganisations induites par le transfert des services de l'HIA du Val de Grâce sur Percy participant activement à la recherche, et l'identification d'une unité de recherche clinique au sein de la plateforme hospitalière constituent une nouvelle opportunité pour le développement de nouveaux programmes entre les équipes des établissements.

Dans ce cadre le lancement d'un appel à projets avec la MIP de la DGA constitue une opportunité très importante.

3.3 Le projet de recherche paramédicale

La Direction des soins et les équipes paramédicales de l'Institution poursuivent leur investissement dans la recherche en soins. Elle est identifiée comme un axe fort du projet de soins pour les prochaines années.

La recherche conduite par les personnels paramédicaux vise à améliorer le service rendu aux pensionnaires et patients de l'Institution, les connaissances et les pratiques liées aux soins et à l'exercice professionnel. Sa contribution se manifeste sous plusieurs formes et intègre l'ensemble des services techniques, logistiques, cliniques et le CERAH.

3.3.1 La recherche en interne

Le nouveau projet d'établissement est l'occasion de consolider les organisations, d'en développer de nouvelles et de contribuer à la recherche paramédicale. La mise en œuvre de ces actions et l'atteinte des objectifs impliquent de continuer à professionnaliser la recherche en soins et à engager les équipes soignantes à participer aux appels à projets :

- évaluations des pratiques professionnelles, en particulier tenant à nos spécificités le handicap y compris chez les patients présentant des syndromes déficitaires psychologiques, les personnes âgées, la nutrition
- conférence de consensus
- comité de retour d'expérience
- revues de morbi-mortalité

- méthodologie du patient traceur
- Publications et communication
- innovation paramédicales.

3.3.2 La recherche orientée vers l'extérieur

Grace aux moyens de transmissions de l'information actuels, la recherche paramédicale se pratique de plus en plus en réseaux. Les liens resserrés entre l'Institution nationales des Invalides et la plateforme hospitalière militaire d'Ile de France vont favoriser les réflexions cliniques dans le cadre très large des prises en charge en filières.

4. La démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins et de gestion des risques

4.1 Introduction

La qualité des soins selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé) se définit de la manière suivante : « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Cette définition, les évolutions réglementaires, normatives et la recherche constante d'excellence dans la prise en charge des pensionnaires et de tous les patients de l'Institution nationale des Invalides constituent une priorité pour l'équipe de direction et tous les personnels intervenant dans le soin et les activités de soutien.

La politique qualité et sécurité des soins 2016-2020 est conforme avec celle mise en œuvre précédemment, en cohérence avec les attentes de la Haute Autorité en Santé pour les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est aussi en miroir des politiques développées par les hôpitaux d'instruction des Armées Percy et Bégin au regard du projet médical partagé. Les instances de gouvernance par la suite décrites seront garantes de ces engagements pour les flux de patients concernés.

La politique qualité et sécurité des soins fait partie intégrante du déploiement des activités de l'Institution, que ce soit au service des usagers, du personnel ou de l'établissement. Les facteurs de réussite du développement de la culture et de la démarche qualité et sécurité des soins sont liés au management, à l'optimisation des ressources transversales, au décloisonnement des acteurs ainsi qu'à une évaluation régulière des actions et interactions concourant à l'efficacité des processus de soins. Il s'agit d'une démarche participative qui s'appuie sur la nécessité d'ancrer au cœur de l'Institution une véritable culture de la qualité et de la sécurité des soins, irrigant tous les secteurs d'activités, valorisant les efforts de chacun et le travail d'équipe. Cette volonté repose sur un socle structuré, comprenant des objectifs clairs et connus de tous.

La mise en œuvre et l'animation de la politique qualité-sécurité est assurée par la cellule qualité-gestion des risques (CQGR) directement rattachée à la direction de l'établissement. Elle se compose d'un ingénieur qualité et d'un coordonnateur de la gestion des risques. Cette cellule s'appuie en permanence sur des conseillers techniques (le chargé de prévention des risques

professionnels, le médecin de prévention, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le coordonnateur des soins et les cadres supérieurs) ainsi que sur des acteurs de réalisation (les pilotes des comités et commissions, les responsables des vigilances, les pilotes des divers groupes de travail). Elle se réfère le plus souvent possible aux usagers et associations.

4.2 La Qualité

Le projet 2016-2020 décline la démarche qualité institutionnelle en plusieurs axes.

4.2.1 Les axes stratégiques

Il s'articule en quatre points.

4.2.1.1 La poursuite des démarches de certification

L'institution nationale des Invalides recevra les experts auditeurs de la prochaine certification (V 2014 ou 4^{ème} certification) en 2018. Deux nouveautés caractérisent cette certification : la démarche processus et le patient traceur.

- Toute activité peut être décrite sous la forme d'un processus, une prise en charge du patient comme une prescription à visée diagnostique ou thérapeutique. Dans ce cadre, l'approche processus est développée au sein de l'Institution nationale des Invalides et est optimisée en tenant compte des exigences réglementaires et normatives en perpétuelle évolution ainsi qu'en fonction des typologies de bénéficiaires admis dans les unités. Les processus sont déclinés, connus de tous, évalués et maîtrisés.
- Des audits internes seront menés afin de tester la solidité des démarches entreprises et de réaliser des parcours « patients traceurs ». Un comité de pilotage sera mis en place avec pour mission de surveiller l'avancée des travaux et de proposer des axes d'amélioration.

4.2.1.2 La poursuite des accréditations en cours

Accréditation COFRAC et accréditation selon les exigences de la norme NF EN ISO 9001 pour l'ensemble de ses activités et NF EN ISO 17025 pour ses activités d'évaluation technique des dispositifs médicaux pour le CERAH (Centre d'expertise et de recherche en appareillage du handicap).

4.2.1.3 Le déploiement d'un système informatisé de documentation

Le maintien du niveau de qualité des processus métiers nécessite que les pratiques et les organisations soient clairement décrites et formalisées. La formalisation des pratiques constitue par ailleurs un élément fondamental de la prise en charge des pensionnaires et patients.

Tous les domaines d'activité sont concernés, qu'il s'agisse de gestes de soins, de règles de prescription, d'organisation, de pratiques administratives, logistiques ou techniques. La formalisation des pratiques a pour but de permettre à tous de connaître et de s'approprier la bonne manière de procéder. Elle est le fruit d'un travail pluri-professionnel, et fait l'objet d'une validation collective. Le développement d'une base de données documentaire, unique et

centralisée, accessible à tous les professionnels sur un support informatisé est indispensable à cette démarche. L'évolution de l'outil informatique répondant aux attentes des utilisateurs, regroupant les protocoles et procédures internes, constitue un objectif prioritaire de la politique qualité de l'établissement.

4.2.1.4 La mise en œuvre d'un Programme Sécurité des patients et pensionnaires

4.2.1.4.1 Le patient ou le pensionnaire est au cœur de sa prise en charge

- L'établissement s'engage à favoriser la participation active des patients à la sécurité de leurs parcours de soins en leur donnant une information claire et adaptée lors des étapes de leurs prises en charge. Le pensionnaire ou patient doit avoir accès à des informations tout au long de son séjour, et l'accès à son dossier médical doit lui être permis dans des délais raisonnables. La personne soignée a des potentialités que les professionnels doivent identifier et utiliser pour l'accompagner dans sa prise en charge.

L'échange des observations, la coordination des actes de soins, les consensus d'équipes sont des éléments essentiels de l'interdisciplinarité pour entrer dans une dynamique d'évolution de la qualité et de la sécurité des soins où le pensionnaire ou patient est l'acteur principal. La variété des vecteurs d'information et de communication proposée aux personnels doit permettre une meilleure connaissance des droits des patients. L'objectif consiste à actualiser cet important dispositif, à continuer à développer la connaissance des personnels sur ces différents vecteurs de communication liés aux droits du patient mais surtout à systématiser et à tracer l'information qui doit être systématiquement délivrée.

- Le patient a la possibilité de signaler à tout moment un dysfonctionnement dont il pourrait souffrir.
- Les représentants des usagers, associations et bénévoles doivent voir la réalisation de leurs missions facilitée.

4.2.1.4.2 Pour atteindre au mieux ces enjeux, l'établissement s'appuiera sur une culture de sécurité

Cette culture de sécurité nécessite l'engagement de tous les acteurs ; elle passe par une incitation de la direction envers les personnels à signaler les événements indésirables en garantissant une réponse non culpabilisatrice à l'erreur. Un comité d'analyse des FEI est en place. Le personnel est informé des erreurs survenues, participe à l'élaboration des solutions et reçoit un retour d'information sur les actions entreprises.

4.2.2 L'axe patients, pensionnaires et usagers

4.2.2.1 Le développement et amélioration de la démarche « parcours de soins »

Pour assurer la permanence et la continuité des soins, des « parcours de soins » sont identifiés (urgences, chirurgie spécialisée, amputés). Dans ce cadre plusieurs axes d'amélioration sont nécessaires :

- Continuité de la prise en charge lors des situations d'urgence avec la PHMIF (HIA Percy en raison de sa proximité, HIA Bégin pour la spécialité urologique).
- Amélioration de la politique de transport sanitaire, en particulier dans le cadre de l'urgence (convention avec la BSPP).
- Amélioration du délai d'envoi des courriers (médecin traitant, secteur d'hospitalisation à domicile, établissements de santé partenaires) ;

4.2.2.2 Le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient :

- Réadaptation des amputés porteurs d'une prothèse
- Déploiement de l'éducation thérapeutique du blessé médullaire.

4.2.2.3 La mesure de la satisfaction des usagers :

La mesure de la satisfaction des usagers permet de répondre à leurs besoins et à leurs attentes explicites et implicites. Ceci implique notamment d'évaluer régulièrement le degré de satisfaction des usagers au sens large du terme : les patients, l'entourage, les professionnels, les correspondants et partenaires internes et externes. Plusieurs moyens seront mis en œuvre :

- Des enquêtes de satisfaction des usagers consultants
- Une organisation effective de réunions de la CRUQ-PC (Axe d'amélioration)

L'Institution doit poursuivre la relation établie avec les représentants des usagers et les associations au regard des projets liés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des pensionnaires et patients et s'appuyer sur l'expertise des bénévoles pour mieux connaître les attentes des patients, tout en continuant à privilégier la concertation régulière et à préserver le climat de confiance, de pérennité et d'efficacité dans les relations. Les représentants des usagers et les associations seront associés à la mise en action du projet d'établissement pour les thématiques de prise en charge.

4.2.3 L'axe personnel soignant

4.2.3.1 Le savoir

La formation continue est un enjeu constant pour tous les soignants.

Elle s'inscrit aujourd'hui dans le cadre du DPC (Développement Professionnel continu), véritable démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le DPC concerne aussi bien l'analyse des pratiques professionnelles que l'approfondissement des connaissances et des compétences.

- L'évaluation des pratiques professionnelles est un élément clé de la politique qualité et sécurité des soins. Une politique de déploiement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) est menée depuis plusieurs années dans chaque service. Ces évaluations sont déterminées à partir des orientations stratégiques de la politique médicale et de la politique de soins en tenant compte du suivi des indicateurs des EPP déjà

réalisées, et de la gestion des risques à posteriori (suivi des événements indésirables, revue morbi-mortalité (RMM), retour d'expérience, satisfaction des usagers).

- La Haute Autorité en Santé a mis en place la méthode du patient-traceur (méthode d'analyse rétrospective du parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval en évaluant chaque processus qui concourent à sa prise en charge. Cette méthodologie, appliquée à l'Institution par les professionnels depuis plusieurs années va être formalisée.

4.2.3.2 Le savoir faire

- Au-delà des compétences exigées sur le plan professionnel, l'institution veille à ce que les soignants se mobilisent, chacun à son niveau, dans la prise en charge du patient. C'est pourquoi, la déclaration des événements indésirables reste une priorité forte de ce nouveau projet.
- L'axe de formation par rapport aux vigilances est renforcé, en particulier la pharmacovigilance (par rapport à l'administration et la surveillance des traitements), la matériovigilance, l'identitovigilance (donner le bon soin, au bon patient, au bon moment).

4.2.3.3 Le savoir être

L'institution accorde une place prépondérante à l'accueil du patient, du pensionnaire et de son entourage (famille, bénévoles) et s'inscrit dans une obligation permanente de **bientraitance**. Celle-ci passe par un savoir-être auprès du pensionnaire ou du patient.

4.2.4 L'axe environnemental

4.2.4.1 L'administratif

L'institution s'engage dans le déploiement de l'hôpital numérique en mettant en place :

- le dossier informatisé unique du patient
- le serveur de résultats biologiques en lien avec l'HIA Percy

4.2.4.2 Le structurel

- Des travaux d'infrastructure sont programmés dans le cadre de l'adéquation avec le projet médical.
- D'autre part, pour répondre aux normes de sécurité en vigueur des travaux vont être réalisés sur les ascenseurs de l'institution et plus largement dans le cadre d'un programme de mise aux normes au sein de l'Hôtel national des Invalides.

4.2.4.3 Le naturel

Dans le cadre de sa politique de développement durable, l'institution entreprend une démarche de dématérialisation du courrier interne.

4.3 La Gestion des risques

La politique de gestion et de maîtrise des risques recouvre la sécurisation des pratiques, avec d'une part une gestion efficace des vigilances sanitaires réglementées mais également une gestion des risques organisée et coordonnée dans toutes les dimensions qu'elle recouvre : environnement, infrastructures, équipements, risques liés aux soins, risques professionnels, risques environnementaux, risques exceptionnels...

Cette politique constitue un axe fort d'orientation managérial, engageant toutes les équipes.

4.3.1 La maîtrise des risques à priori et à posteriori

L'évaluation des risques est la donnée d'entrée qui dimensionne toute démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Cette évaluation associe deux composantes complémentaires : l'une prospective et l'autre rétrospective. La démarche prospective dite, à priori, doit être structurée et doit débiter par une identification des dangers afin d'agir de façon préventive sur les risques détectés. La gestion des risques rétrospectifs, a posteriori, nécessite une organisation du retour d'information de façon efficiente analysée selon une méthodologie définie et adaptée.

L'efficacité de la gestion des risques a priori et a posteriori dépend de la définition d'une méthodologie adaptée et d'une formation des professionnels concernés. L'engagement du management et la clarté des circuits et des responsabilités permettront d'accroître la maîtrise des risques à priori et à posteriori.

4.3.2 La gestion du dossier pensionnaire/patient

Le dossier du pensionnaire et patient est un outil de partage des informations. Il est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs doivent être définis et connus. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité du circuit qui en résulte (secteurs de soins, prise en charge de la douleur, prise en charge et droits des patients en fin de vie, transports, consultations, archivage, accès du patient à son dossier...), il est sujet à de nombreux dysfonctionnements. La qualité de la gestion du dossier patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants.

L'informatisation du dossier du pensionnaire et du patient, fin 2015, a permis d'améliorer la gestion du dossier du pensionnaire et du patient. Cette amélioration reste à poursuivre et pérenniser.

4.3.3 L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité des soins compte tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification.

Mise en place depuis plusieurs années, la cellule d'identitovigilance de l'Institution a permis d'améliorer l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Cependant, l'évolution de la patientèle accueillie à l'Institution, l'informatisation grandissante des processus de soins, nécessiteront d'adapter les mesures d'identification afin d'atteindre un niveau maîtrise des risques d'identitovigilance toujours plus poussé.

4.3.4 La prise en charge du circuit du médicament

La prise en charge médicamenteuse doit assurer au bon pensionnaire ou patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. Elle s'appuie sur la maîtrise du processus de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du pensionnaire et ou patient. La poursuite de la mise en place d'une démarche qualité concertée, de ce processus systémique complexe, pluri-professionnel, présentant de nombreuses interfaces concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable.

La population âgée de la patientèle de l'Institution induit des questionnements spécifiques tels que les modifications physiologiques, les polypathologies et la polymédication augmentant les risques iatrogéniques. Une attention toute particulière sera prêtée sur ce processus de prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée afin d'améliorer la prise en charge des pensionnaires et patients, les pratiques professionnelles et diminuer les risques de de morbi-mortalité ainsi que la consommation de soins inappropriée.

La mise en place d'un outil informatique adapté et la généralisation de la dispensation nominative ont permis de sécuriser la prise en charge et doivent être confortés.

4.3.5 La prise en charge de la douleur

La lutte contre la douleur est un objectif important de l'Institution.

La formation interne dédiée à tous les soignants, médicaux et paramédicaux doit se pérenniser.

4.3.6 La surveillance des troubles nutritionnels

Le profil des patients et des pensionnaires impose une surveillance attentive et un dépistage des troubles nutritionnels. C'est aussi une stratégie de prévention de survenue des escarres chez les patients porteurs de déficit neurologique et complication chez les personnes âgées.

Un comité de liaison en alimentation et en nutrition (CLAN) a été mis en place.

4.3.7 La prévention du risque infectieux

Certaines actions sont particulièrement à privilégier :

4.3.7.1 La limitation de la transmission des micro-organismes, sources d'infections liées aux soins

- Via le manu portage : mise à disposition de solutions hydro-alcooliques, informations répétées sur l'hygiène des mains et le risque de transmission croisée. L'ensemble de ces actions est piloté par l'EOH (équipe d'hygiène hospitalière).
- Détection rapide, protocolisée, de patients porteurs de BMR (Bactéries Multi Résistantes) et des BHRe (Bactéries Hautement Résistantes émergentes) avec mise en place de précautions complémentaires spécifiques. Ce point est d'autant plus sensible que l'institution accueille des patients provenant d'autres établissements.

4.3.7.2 La limitation des infections dans les situations à risque

Grâce au respect des précautions conformes aux recommandations et à la formation continue des personnels (prévention des infections sur cathéters).

4.3.7.3 La réduction des risques de transmission des agents pathogènes environnementaux

- Lutte contre les légionnelles (mesures préventives effectuées sur les circuits d'eau et prélèvements pour analyses bactériologiques).
- Lutte contre le risque aspergillaire, particulièrement important compte tenu des travaux majeurs d'infrastructure en prévision.

5. Le projet patientèle : l'INI à l'écoute de ses bénéficiaires et des associations

La fréquentation s'articule autour de deux grands pôles : le centre des pensionnaires et le centre médico-chirurgical.

5.1 Le centre des pensionnaires

Noyau historique et raison d'être de l'Institution, celui-ci est destiné aux grands invalides titulaires d'une pension militaire d'invalidité et bénéficiant :

- soit d'un taux de pension au moins égal à 100% et des dispositions de l'article L.18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;
- soit d'un taux de pension au moins égal à 85% au titre des articles L.36 - blessure de guerre ou L.37 - blessure en service.

Il accueille pour des durées le plus souvent prolongées les anciens combattants blessés, les victimes de guerre et d'attentats, hommes et femmes de toutes générations.

L'admission qui y est proposée désormais de manière temporaire, ou de manière définitive, a permis d'avoir un service à flux constant avec un taux d'occupation maximal. Cette nouvelle orientation permet de satisfaire les besoins des ayants droit et leur permet de passer un temps de soins au centre des pensionnaires, pour un bilan médical, une évaluation, une éventuelle réévaluation de traitement, une préparation du retour au domicile/futur domicile, voire un répit familial avant de repartir chez eux ou de rester à l'INI.

Comme la file « active » d'ayants-droit va decrescendo et afin de pérenniser le centre des pensionnaires dans son dimensionnement, ce dernier offre un nombre limité de places aux grands invalides titulaires d'une pension militaire d'invalidité mais qui ne remplissent pas les conditions exigées pour avoir la qualité de pensionnaire, ainsi qu'aux personnalités du monde combattant, du monde civil ayant un passé au service de l'Etat. Ce sont les hébergés

Par ailleurs, il conviendra de proposer une extension interministérielle à ses missions. En effet, il existe une patientèle présentant des similitudes avec celles des pensionnaires. Il s'agit notamment des ressortissants du ministère de l'Intérieur (pompiers, unités d'élites et d'intervention de la police nationale, policiers, personnels de la sécurité civile) ou encore les personnels de la brigade des sapeurs- pompiers de Paris ou de la gendarmerie blessés en service.

Pour permettre à cette population d'intégrer le centre des pensionnaires, une étude sur la modification des conditions d'accès est en cours. Elle est menée en collaboration avec les tutelles, les ministères concernés et les associations représentatives du monde combattant.

Cette réflexion porte notamment sur les critères tels que l'abaissement du taux de pension et un allègement des conditions d'âge. .

5.2 Le centre médico-chirurgical

Composé d'un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), d'une Unité sensori cognitive (USC), d'un service de chirurgie et d'hôpital de jour (HDJ), le centre médico-chirurgical (CMC) a pour mission principale de dispenser dans un même lieu des soins en hospitalisation ou consultation externe au profit des malades et blessés.

Il est à la disposition, en premier lieu, des pensionnaires de l'établissement et des bénéficiaires de l'article L.115 qui en font la demande mais aussi des assurés sociaux.

Depuis début 2015, une nouvelle patientèle a été prise en charge, les victimes d'attentats terroristes.

L'ensemble des admissions en USC et MPR s'effectue dans le cadre des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Celle dans le service de chirurgie aura à compter du 01 janvier 2017 un seul cadre celui des soins de suite post opératoire (SSPO), entrant dans le champ du SSR.

Le Centre médico- chirurgical sera transformé en centre de réhabilitation post traumatique dont les activités seront concentrées sur la prise en charge des séquelles des blessures. Sa capacité d'accueil sera redimensionnée à 50 lits en hospitalisation complète et à 10 lits en hôpital de jour.

Il accueillera en priorité les militaires blessés en OPEX en provenance de la PHM IF mais aussi les patients en provenance notamment des hôpitaux parisiens avec lesquels des conventions seront actualisées. Il s'agit du Centre hospitalier de Sainte Anne (SRPR), des CHU de la Pitié Salpêtrière et de Garches.

Il comprendra trois secteurs :

- Le premier orienté sur la prise en charge du handicap généré par les séquelles neurologiques, orthopédiques, amputés, brûlés d'une capacité de 40 lits ;
- Le second dédié aux soins de suite post opératoires de la chirurgie des escarres d'une capacité de 10 lits ;
- Le troisième centré sur l'expertise d'évaluation des troubles cognitifs et sensoriels qui aura comme secteur d'activité le plateau technique et le recours aux lits et places d'HDJ.

5.3 Le transport sécurisé de la patientèle

Compte tenu du recentrage du projet médical sur la réhabilitation post-traumatique, sans activité médico chirurgicale aigue sur site et dans le contexte d'un projet partagé avec la PHM IF, comment doit être envisagé le transport des blessés médullaires dans le cadre d'une activité chirurgicale déconcentrée, en priorité, sur la PHMIF et sur l'hôpital de Garches ?

Le transport est un temps participant aux soins généré par une prescription médicale précisant les moyens à mettre en œuvre en fonction de la typologie de la patientèle transportée. Ces moyens couvrent à la fois le niveau de qualification du personnel paramédical accompagnant, la qualité du dispositif médical nécessaire et le niveau d'équipement de l'ambulance.

Le flux relatif aux transports inter-hospitaliers s'inscrira dans une analyse globale des différents flux auxquels l'INI est assujettie et seront décrits dans le COP.

La réalisation en régie des prestations de transport au profit des blessés médullaires nécessiterait l'achat d'ambulances, l'embauche et/ou la formation de personnels qualifiés pour une mise en œuvre le 1er janvier 2017, mais la plus-value éventuelle d'une telle opération n'est pas avérée et l'INI privilégie la solution d'une externalisation partielle en partenariat avec la société d'ambulances actuelle « ambulances bleu azur (ABS) faisant l'objet d'un agrément auprès de l'ARSIF.

A ce titre, le principe d'un accompagnant quasi « systématique » lors du transport sera mis en place. Cet accompagnant serait le garant de la bonne installation du blessé sur le brancard de l'ambulance, de la mise en œuvre du matériel adapté (validé par les ergothérapeutes de l'INI), du bon déroulement de la mission de transport et de l'accompagnement du malade au sein de l'établissement hôte (formalités liées au transfert du malade à l'équipe médicale).

La question cruciale de la formation des personnels accompagnants aux gestes et aux modalités pratiques de gestion des blessés médullaires désigne tout particulièrement les paramédicaux du service de chirurgie qui paraissent les plus aptes à prendre en charge cette mission dans l'avenir.

Sur la base d'un accompagnement systématique (paramédical) le transfert de l'INI à Percy ou à Garches se ferait selon un processus décliné en plusieurs phases :

- L'installation du malade sur le brancard de l'ambulance équipé d'un sur-matelas « air » agréé par l'ARS par le personnel du CMC, l'ambulancier et l'accompagnant désigné,
- L'accompagnant est chargé de préciser à l'ambulancier qu'il convient de rouler prudemment compte tenu des risques d'aggravation de l'escarre que générerait une conduite trop brutale,
- Le personnel accompagnant assurerait le transfert du malade à l'équipe médicale « accueillante » en s'assurant que les formalités nécessaires à sa prise en charge soient réalisées,
- Retour de l'accompagnant à l'INI et réintégration du dispositif médical utilisé.

Le retour du blessé à l'issue de l'opération et de la période post-opératoire (72 H en moyenne) s'effectuerait selon le même processus, avec cependant des précautions accrues notamment en termes de positionnement du blessé sur le brancard.

Une partie non négligeable de la chirurgie des escarres, 50% à confirmer, pourrait s'effectuer en ambulatoire avec pour conséquence un départ le matin et un retour en fin de journée.

6. Le projet social

Le projet social constitue la clé de voute pour la réussite de ce nouveau projet d'établissement dans toutes ses composantes. Il permet de définir «les objectifs généraux de la politique sociale, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. A ce titre, il doit prendre en compte l'ensemble des personnels.

Il ne constitue pas une rupture avec les des précédents projets sociaux, le dernier concernant la période 2009-2013. Il s'inscrit donc dans la dynamique de la phase de transition par ailleurs décrite.

Il intègre également des facteurs environnementaux nouveaux (directives nationales du ministère de la Santé, contraintes économiques...) et institutionnels (évolution de l'offre de soins de l'INI).

Le projet social 2017-2020 se veut pragmatique. Il vise à identifier des thèmes porteurs d'objectifs d'amélioration déclinés en objectifs opérationnels et d'outils méthodologiques pour y parvenir.

Il a été élaboré dans le cadre d'une démarche participative associant les partenaires sociaux et des professionnels.

Le projet social est constitué de 3 volets :

- axe 1 : Définir et développer les parcours professionnels individuels et collectifs
- axe 2 : Poursuivre la politique de prévention des risques professionnels
- axe 3 : Promouvoir une bonne qualité de vie au travail

6.1 La définition et le développement des parcours professionnels individuels et collectifs

6.1.1 Les trajectoires professionnelles individuelles

6.1.1.1 Le début de carrière

Le dispositif actuel, à savoir, une journée d'accueil pour les personnels arrivants et la mise en œuvre d'une procédure qui promeut le tutorat et l'évaluation des nouveaux personnels, doit être renforcé par un dispositif plus global intitulé « dispositif d'accompagnement et de fidélisation des nouveaux personnels ». Ce dernier, ayant pour objet d'établir un balisage temporel explicite sur une période de 24 mois, s'articule autour de :

L'adaptation aux activités, aux collectifs et aux valeurs par :

- un accompagnement effectif des nouveaux agents dans toutes les unités de travail. La fonction de tutorat doit être élargie pour tous les métiers afin que chaque agent nouvellement affecté ait un collègue référent. En outre, cette action de tutorat doit être

renforcée par la désignation d'une personne ressource, qui accompagne l'agent hors dispositif d'évaluation.

- des entretiens formalisés d'appréciation et d'évaluation au cours de la période de référence. En complément des rapports sur la manière de servir, des entretiens d'évaluation avec le cadre référent seront organisés après 3 mois pour les fonctionnaires et avant la fin de la période d'essai pour les contractuels occupant un emploi pérenne.
 - un formulaire d'évaluation et d'intégration de l'agent sera systématiquement rempli après 6 mois d'activité.
 - des participations à des « ateliers techniques » ouverts en lien avec des compétences spécifiques institutionnelles et en rapport avec des problématiques de prévention. Ces ateliers s'entendent comme des moments d'échanges entre des agents chevronnés et de jeunes professionnels.
 - des participations prévisionnelles au dispositif de suppléance.
- la mise en œuvre d'une orientation individuelle gouvernée par un parcours de compétences et par l'ébauche d'un projet professionnel : chaque agent doit bénéficier d'une projection de son parcours professionnel, envisageant des mobilités, des promotions professionnelles, des missions qui pourront évoluer en fonctions des métiers. Ce parcours sera réévalué régulièrement et devra s'articuler avec le projet de soins.
 - l'identification des causes de départ : des entretiens de départ pour les nouveaux professionnels souhaitant quitter l'Institution doivent être organisés avec les cadres concernés.

L'évaluation du dispositif d'accompagnement et de fidélisation sera réalisée par la mise en place d'indicateurs (ex taux de départ au cours des 6 premiers mois, taux de réussite au concours, etc).

6.1.1.2 Le déroulement médian de la carrière

Cette phase doit être centrée sur la mise en œuvre d'un parcours de compétences incluant le champ des pratiques, de la formation, de l'enseignement, voire de la recherche. Elle s'organise autour de :

- la mise en place d'une mobilité professionnelle : la mobilité professionnelle en interne peut-être un facteur de remobilisation personnelle sur son poste de travail. De nouvelles règles seront à définir pour faciliter les mouvements de façon plus régulière, éviter des affectations trop longues ou trop courtes sur le même poste. A ce titre, un effort particulier sera entrepris sur le service de nuit (décloisonnement).
- En outre, dans le cadre du nouveau projet d'établissement et en lien avec le projet de soins, la mobilité entre l'INI et les H.I.A parisiens sera favorisée.
- la formation continue en tant qu'outil de remobilisation professionnelle et de fidélisation des professionnels qualifiés. La mobilité professionnelle peut être freinée par une logique

de compétences nouvelles à acquérir. Une priorisation sera donnée aux actions de formation qui permettront aux agents d'évoluer dans leurs missions.

- la mise en place d'un livret de compétence, décrivant les compétences acquises par rapport à des pratiques professionnelles de référence et notamment les processus, favorisera l'adaptation des agents aux nouvelles pratiques.

6.1.1.3 La fin de carrière

Cette phase se déroule approximativement sur les 5 dernières années de la vie professionnelle, elle s'articule autour de la valorisation du parcours de l'agent et a pour objet la transmission des pratiques. Un accompagnement administratif à la retraite doit être également prévu. Elle s'articule autour de :

- La mise en place d'un dispositif de valorisation des parcours professionnels qui vise à favoriser les actions de tutorat, compagnonnage et appuis techniques sur des secteurs ou processus clé.
- La mise en œuvre d'actions renforcées de prévention (horaires, charge de travail, etc.) qui s'inscrit dans la cadre de la politique globale de la prévention des risques (cf. axe n° 2).
- La mise en place au sein du département RH d'une cellule d'aide et de conseil pour l'accompagnement administratif à la retraite.

6.1.2 Les trajectoires professionnelles collectives

Il s'agit d'une approche novatrice qui vise à identifier la notion de compétences collectives par la prise en compte des processus, des typologies de travail collectif (collaboration, coopération) et des formes d'organisations du travail (par métier, autour d'un service ou d'un pôle).

- a. La mise en place d'un dispositif d'optimisation des compétences collectives.
Dans ce cadre et en prévision de la préparation à la certification V2014, des actions d'analyse des processus, des réflexions sur les coopérations entre professionnels et les organisations du travail devront être menées.
- b. Le développement des unités d'intervention pluri-disciplinaires.
Ces unités doivent permettre d'agir comme des amplificateurs de qualité sur des pratiques professionnelles diverses (exemple, soins palliatifs).

6.2 La poursuite de la politique de prévention des risques professionnels

Le développement de cet axe s'inscrit dans une réflexion sur les situations de travail et une approche pragmatique selon 2 thèmes prioritaires.

6.2.1 La prévention des risques psycho-sociaux (RPS)

Cette action a déjà débuté avec : la réunion de 2 CHST exceptionnels en octobre 2015 à Paris et à Woippy, la mise en place en novembre 2015 d'un groupe de travail RPS pluridisciplinaire, le

lancement d'une campagne d'information et la diffusion d'un questionnaire COPSOQ en février-mars 2016 en phase d'analyse par le groupe de travail.

Ce dernier ayant pour mission de :

- **Définir un plan d'action contre les RPS**

Le plan d'action proposé par le groupe de travail RPS, validé par la direction et présenté aux 2 CHSCT doit s'inscrire dans une démarche participative à tous les niveaux et s'intègre dans le développement de la qualité de vie au travail (cf axe n° 3).

- **Constituer un groupe de pilotage pérenne pendant toute la durée de ce projet**

6.2.2 Le maintien des agents dans l'emploi

6.2.2.1 La prévention des risques d'inaptitudes

L'inaptitude au travail lorsqu'elle est partielle, est source de difficultés pour les agents et pour les services. Or, c'est le plus souvent lorsque les pathologies sont déjà déclarées que les agents se rendent chez le médecin de prévention qui ne peut alors que constater l'inaptitude partielle au travail, voire préconiser des solutions de reclassement.

Il convient dès lors, de mettre en place un dispositif d'alerte consistant notamment à renforcer le dispositif médical de prévention (visite systématique au moins 1 fois tous les 2 ans) par un infirmier de prévention (détaché des soins et formé à la prévention).

6.2.2.2 L'action sur les situations professionnelles à risque

Il s'agit de renforcer la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) par des actions de formations théoriques et des formations en situation de travail dans le cadre d'un dispositif formalisé.

Il sera adossé à un groupe de préventeurs internes en capacité de mener une analyse des situations de travail et de mener des interventions sous diverses formes, à distance de la situation de travail ou à son contact. Ces approches sont complémentaires. Le groupe des préventeurs pourra faire appel à des formateurs externes pour des interventions flash concentrées autour d'une problématique de matériel d'aide à la manutention.

La constitution du groupe sera de nature pluridisciplinaire afin de couvrir l'ensemble des situations de travail.

Enfin, le document unique (datant de 2013) devra être actualisé.

6.2.2.3 La réduction de la pénibilité au travail

Il s'agit de limiter au maximum les contraintes physiques liées à l'environnement (nuisances, risques de blessure, sollicitations mécaniques etc...). En outre, l'intégration des préoccupations ergonomiques dans l'adaptation des tâches et des postes doit être prévue.

6.3 La promotion d'une bonne qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est un sentiment de bien-être (physique, mental et social) au travail qui englobe l'ambiance, les valeurs de l'établissement, l'intérêt au travail, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.

6.3.1 Le Savoir travailler ensemble

6.3.1.1 Le développement des axes de cohésion

Comme tous les hôpitaux, l'INI est un microcosme social, au sein duquel apparaît une diversité de métiers, d'origines sociales et culturelles ainsi que générationnelles. Chaque agent doit pouvoir s'appuyer sur un socle de valeurs communes, un sentiment d'appartenance qui repose aussi sur la connaissance des métiers et le respect des collègues de travail.

Outre la journée d'accueil, les moments de partage (exemple fête de la St Jean) doivent être développés au sein des services.

Des journées thématiques sur la qualité de vie au travail ou des ateliers liés au bien-être doivent permettre d'organiser des rencontres entre professionnels de divers horizons.

6.3.1.2 La prévention et l'accompagnement des situations de crise

Une situation de crise est celle où une équipe de travail se retrouve devant différents faits générateurs qui l'empêchent de travailler sereinement (exemple conflits entre personnels ou agent-patient). Il s'agit de les identifier et de rechercher des solutions en commun à la fois pour prévenir les conflits (dispositif d'alerte) et les résoudre.

Notamment, l'instauration d'un médiateur en fonction des situations rencontrées doit être envisagée. Il ne s'agit pas de créer des postes pour ce type de fonction, mais de s'appuyer sur des personnes existantes, qui pourront si besoin être formées.

6.3.1.3 L'évolution des organisations dans le cadre du projet d'établissement

6.3.1.3.1 L'accompagnement en ressources des évolutions liées au projet d'établissement

Le projet d'établissement doit prévoir l'anticipation des besoins en effectifs, métiers et compétences pour répondre aux exigences de demain, en conformité avec les projets médicaux et de soins.

Les évolutions liées à la mise en œuvre du projet, en termes d'effectifs et/ou de compétences devront être accompagnées au sein d'une cellule spécifique au sein du département RH.

6.3.1.3.2 La promotion de la notion d'équipe et du travail collectif au sein des organisations

Il s'agit de remettre en perspective les valeurs de solidarité au sein des équipes et entre les équipes.

6.3.1.3.3 Le confortement des dispositifs favorisant l'articulation entre vie privée et vie professionnelle

Poursuivre et développer la politique sociale (crèche, logement BLRIF, conventions IGESA, chèque vacances, CESU garde d'enfant, commission de secours etc...), envisager des aménagements d'horaires notamment pour les agents en fin de carrière.

7. Le projet des systèmes d'information centré sur le patient

Les politiques de santé publique en matière de systèmes d'information hospitaliers, partie intégrante des progrès du domaine médical, sanitaire et médico-social hospitaliers sont devenus des enjeux majeurs en termes d'amélioration de l'organisation des soins. Ces entreprises augmentent de façon exponentielles la quantité de données sensibles qui transite au travers des systèmes d'information et oblige les établissements à renforcer l'appropriation et l'adaptation des outils par et pour les professionnels de terrain, mais aussi la sécurité des infrastructures pour assurer aux patients des soins de qualité et une confidentialité de l'information préservée.

7.1 Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI)

7.1.1 La poursuite du SDSI dans le cadre du plan Hôpital Numérique

Le schéma directeur des systèmes d'information de l'Institution nationale des Invalides, mis en œuvre en 2013, s'articule autour du programme hôpital numérique, en cohérence avec les projets nationaux et régionaux et les obligations législatives, réglementaires et normatives et le projet médical de l'Institution.

Il s'agit de conforter les prérequis indispensables à une prise en charge du pensionnaire et du patient en toute sécurité, accompagner les évolutions de l'organisation interne, favoriser la communication interne et externe des données tout en garantissant un haut niveau de disponibilité et de sécurité des infrastructures, la confidentialité et l'intégrité des données.

7.1.2 La poursuite du déploiement et des migrations

Les projets fonctionnels majeurs du schéma directeur des systèmes d'information sont les suivants :

- L'amélioration du dossier patient informatisé. La mise en place de l'application Hôpital Manager en décembre 2015 fait l'objet d'une évolution constante en lien avec l'éditeur de la solution logicielle
- Le renouvellement du système d'information des ressources humaines comprenant, le dossier administratif du personnel (suivi de carrière...), la formation, la gestion du temps de travail...
- La mise en place d'indicateurs de pilotage de l'établissement, de la facturation et de l'activité par l'outil Qlikview
- L'évolution du système d'archivage médicales et administratives et notamment leur dématérialisation

- L'interopérabilité entre applications métiers mais aussi avec les dispositifs médicaux et autres matériels.
- Les innovations en matière de télésanté (accès au système d'information hospitalier depuis l'extérieur de manière sécurisée, SMS patients pour les rendez-vous, utilisation de supports mobiles...)

La poursuite du déploiement et les migrations ne pourront se faire sans un socle technique permettant de garantir la sécurité du système d'information.

7.2 La sécurité du système d'information

Les règles de sécurité doivent garantir la sécurité des informations médicales, mais aussi de celles de la gestion financière et des ressources humaines. Elle concerne aussi bien la gestion des identités et des mouvements, la fiabilité et disponibilité du système, que la confidentialité des échanges, l'authentification des accès. Les menaces et risques sont nombreux et peuvent être liés aux erreurs de saisie, erreurs d'exploitation, abus de droits, défaillances techniques, attaques virales, effractions ou négligences. Afin de renforcer sa politique de sécurité des systèmes d'information et garantir une infrastructure à haute disponibilité incluant un plan de continuité d'activité et un plan de reprise d'activité, l'Institution va poursuivre les opérations de sécurisation de son système en faisant évoluer :

- Le plan de continuité d'activité qui permet de classer les activités par niveau de criticité en précisant les liens existant entre elles pour en assurer le bon fonctionnement et formaliser les processus à mettre en place sans délai en cas de panne informatique et de non accessibilité aux données.
- Le plan de reprise d'activité qui permet de prévoir par anticipation les processus à mettre en œuvre pour reconstruire et remettre en route le système d'information en cas de sinistre important de l'infrastructure technique informatique. La réflexion sur l'évolution du système relais, les professionnels à intervenir et sous quels délais est à mener
- L'évaluation des mesures de sécurisation du système d'information afin d'en tester la fiabilité.

7.3 L'ouverture sur l'extérieur

Le système d'information est avant tout au service des professionnels de santé pour la prise en charge des pensionnaires et patients. Celle-ci ne se limite pas à l'accueil en interne, les patients effectuant un parcours de prise en charge qui associe les acteurs externes : praticiens de ville, établissements de santé voisins (plateforme hospitalière militaire Ile de France et territoire de santé), réseaux de soins. L'échange d'informations, le partage des résultats et des comptes rendus sont indispensables et les délais de transmission participent largement à la qualité perçue des services de soins. L'Institution doit donc s'adapter à l'évolution du dossier médical partagé et au développement des plateformes régionales ou nationales de santé. La réflexion doit être portée sur le rapprochement et la mise en adéquation du système d'information de l'INI avec la PHMIF

afin de faciliter les échanges de données et optimiser les processus de prises en charges des pensionnaires et patients tels que :

- Les prescriptions et résultats des examens de biologie ;
- Les clichés de radiologie.

La dématérialisation, les échanges numériques doivent permettre la réduction des documents papiers et leurs frais d'envoi. Compte tenu des contraintes de ressources professionnelles, la limitation des déplacements de professionnels constitue un axe important et sera optimisé grâce à la mise en place de la visioconférence et la télémédecine.

7.4 La dématérialisation

L'ensemble de la gestion des documents et formulaires est à informatiser. Il existe encore de nombreux supports papier, qu'il s'agisse de documents du dossier patient, de pièces comptables, éléments de dossier des ressources humaines, archives médicales, supports de demandes d'intervention, courriers. A terme ces documents ont vocation à être numérisés, dans un but à la fois de fiabilité, de facilité de suivi à distance, de réduction de stockage et d'authentification.

7.4.1 Les principaux axes

Après la dématérialisation du dossier du pensionnaire et patient avec la mise en place de l'application Hôpital Manager®, les efforts vont se poursuivre par la mise en place de la gestion informatisée des courriers et la dématérialisation des archives médicales et administratives afin d'optimiser la place et faciliter l'accès aux informations.

7.4.2 La solution de gestion du courrier

L'institution a décidé la mise en place de l'application LNACRE® dans le cadre de la dématérialisation de la gestion du courrier. Cet outil permettra d'améliorer les performances et la fiabilité du cycle de traitement des courriers.

Il sera alimenté par la messagerie et par la saisie des informations à partir des documents papiers.

Les objectifs de cette entreprise sont multiples :

- La dématérialisation dans un but de développement durable,
- Un gain de temps en termes de gestion, de traitement et de suivi du courrier par l'organisation d'un workflow bien défini de la réception, à l'attribution, la diffusion, la recherche jusqu'à l'archivage du courrier,
- L'ouverture vers l'extérieur. La solution logicielle LNACRE® est déjà en place au ministère de la Défense notamment sur les antennes de la DIRISI, de la CIRISI et de la DRSSA ce qui permettra à l'Institution de faciliter les échanges avec ses partenaires.

7.5 L'interopérabilité

Le système d'information de l'Institution est composé d'un ensemble d'applications, mises en place à des périodes et sur la base de technologies multiples, qui font l'objet de modernisations à des rythmes différents. Toute fonction métier doit être prise en charge par un seul et unique module afin d'éviter toute ressaisie et les risques d'erreurs inhérents. Le système d'information, au service des utilisateurs, doit permettre autant que possible les interfaçages et supprimer les ressaisies tout en garantissant une infrastructure qui en autorisera les évolutions.

L'interopérabilité va se poursuivre entre les différentes applications métiers notamment par l'interfaçage entre le système d'information hospitalier et le système d'information des ressources humaines afin de gérer à la source, en une unique saisie, les habilitations et autorisations d'accès des professionnels.

7.6 Les compétences et la formation

7.6.1 La gestion des compétences

La place du système d'information dans les processus métiers augmentant de façon significative, la gestion des compétences est à formaliser en lien avec le département des ressources humaines, afin de conduire un accompagnement de l'évolution des emplois et des carrières autant en termes de support au niveau des compétences du service informatique et télécommunication qu'en termes d'utilisateurs.

7.6.2 La formation au cœur de l'appropriation du SIH

Les besoins en formation des utilisateurs des applications se développent au fur et à mesure du déploiement des outils métiers et au rythme des évolutions de ces produits : chaque nouvelle version comporte des changements pour l'utilisateur, qu'il s'agisse de nouvelles fonctionnalités à exploiter ou d'une modification de l'ergonomie. Les changements d'outils et changements d'habitudes sont des risques identifiés. Afin de réduire les risques induits par ces changements programmés, tout nouveau projet ou évolution majeure d'outil informatique devra être systématiquement accompagné de la formation aux utilisateurs ou de référents dans le cadre du plan de formation continue.

8. Le projet de management

8.1 Le pilotage médico-économique des secteurs d'activité

Lancée en 2015 l'informatisation du dossier médical du pensionnaire et du patient permet de décrire l'activité médicale du centre des pensionnaires (CP) et du centre médicochirurgical (CMC).

Le dossier médical informatisé couvrant tous les domaines de la prise en charge du pensionnaire et du patient à l'Institution permet la traçabilité de toutes les informations descriptives de leur prise en charge nécessaires à l'analyse de l'activité de l'établissement.

Le déploiement du dossier patient informatisé a été complété par la formation de tous les intervenants dans la prise en charge du patient aussi bien sur la traçabilité de la prise en charge du patient mais aussi sur le codage de l'activité.

Afin d'améliorer le pilotage médico-économique de l'Institution, la stratégie institutionnelle a évolué. Le comité de pilotage mensuel, sous la présidence du Directeur présente les indicateurs définis avec les services et validés par la Direction et apporte les solutions pour optimiser les processus. Le constat sur les difficultés de codage par les professionnels a été mis en exergue. Il a été amélioré par la mise en place du dossier patient informatisé (présence d'un module d'aide à la saisie), mais reste à conforter afin d'atteindre des données fiables pour un pilotage médico-économique efficient.

Dans un premier temps une campagne de formation de type perfectionnement au profit des personnels concernés par le recueil de leur activité sera mise en œuvre. Le codage à la source des diagnostics et des actes, réalisés en court et moyen séjour devra être réalisé en temps réel.

Dans un second temps, dans le cadre de la suppléance, une campagne d'initiation sera lancée afin de permettre à tout agent, quel que soit son affectation, de participer à la valorisation des prises en charges médicales.

Enfin, la réorganisation complète du système d'information permettra la production régulière des indicateurs SSR et psychiatrie destinés à la Direction de l'établissement, selon un calendrier prévisionnel des objectifs mis en place. Le médecin du département d'information médicale (DIM) garantira l'exhaustivité et la qualité de l'information médicale produite par la publication de tableaux de suivi regroupant : l'audit trimestriel sur la qualité du codage ; l'audit mensuel sur l'exhaustivité du codage ; le contrôle et la validation du codage mensuel, le contrôle de la cohérence des données administratives recueillies (mouvements, facturation, origine géographique etc).

A terme l'objectif vise à produire des informations pertinentes concernant les coûts par pathologie et/ou par patient, les groupes homogènes de malades (les GHM) et de comparer l'activité de l'INI avec les résultats régionaux et/ou nationaux.

8.2 Les ressources humaines

8.2.1 Un plan d'accompagnement d'une restructuration

Une préconisation forte issue des conclusions du rapport tripartite de 2013 a accompagné la conceptualisation du nouveau projet médical partagé INI-SSA: « *diminuer de 10% les postes en organisation de l'INI sur les cinq années à venir correspondant à la période de transition* ».

Le plafond d'emploi actuel de l'INI correspond à 441 ETP, la cible pour 2021 est donc de 400 ETP.

Il est à souligner que l'INI a déjà initié une démarche de dégressivité de ses effectifs depuis quelques années. En effet, au 30 septembre 2016, sur la base de 436ETPT votés au CA, le réalisé est de 428ETPT.

Pour atteindre ce but, l'INI demandera à sa tutelle (le SGA) de pouvoir être inscrit sur la liste des organismes restructurés, comme l'y autorise son statut d'établissement public à caractère administratif sous tutelle du MINDEF, afin de pouvoir bénéficier des dispositions d'un PAR (plan d'accompagnement d'une restructuration).

Le principe d'octroi d'un plan d'accompagnement de la restructuration compte tenu de la transformation du service de chirurgie et de la création d'une nouvelle offre de soins proposée dans le nouveau projet médical a été acté par la tutelle (SGA).

Si les formations internes et externes au profit des personnels paramédicaux (chirurgie notamment) de l'INI seront privilégiées pour leur permettre d'intégrer la nouvelle unité médicale « service de psychiatrie et de réhabilitation post-traumatique », les dispositifs d'accompagnement aux départs tant au niveau ministériel qu'au niveaux intermédiaire et local pourront être activés.

8.2.2 L'adéquation et les perspectives

La modélisation financière du projet s'inscrit dans l'optique d'un budget à l'équilibre à l'issue de la période de transition et repose sur les objectifs suivants :

- Les dépenses en baisse avec une réduction des charges fixes et variables supportées actuellement par le service de chirurgie,
- La réduction de charges « RH » en mettant en place des ratios adaptés à la typologie de la patientèle (grille AGGIR) pour entrer dans les principes du COPIL SSR, une mutualisation des secrétariats, une restructuration des services administratifs et financiers et une dématérialisation des outils de recueil des informations médicales et du dossier patient.

D'un point de vue organisationnel, l'INI a prévu de constituer, par mutualisations, un secrétariat unique au rez de chaussée du bâtiment central au profit du centre de consultations, de l'HDJ et des cabinets de radiologie et dentaire.

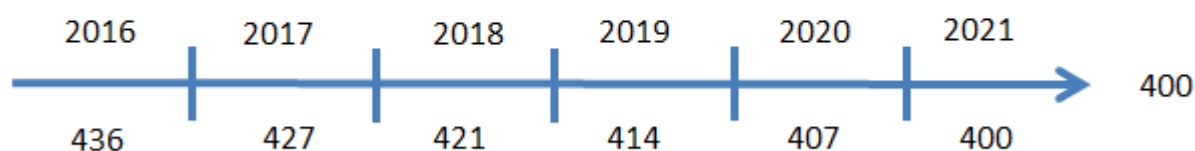
Toujours au bâtiment central, des salles de soins indifférenciées et réparties de façon équilibrée et cohérente pourraient être au service de secteurs prédéfinis comprenant tant les pensionnaires que les hospitalisés de MPR/SSPO.

La transformation du service de chirurgie qui passe, en terme capacitaire, de 24 lits à 16 puis 10 lits de SSPO permettra également de diminuer les effectifs dans ce secteur. Les personnels sur volontariat pourraient, comme précisé par ailleurs, après une formation adaptée, intégrer le service de psychiatrie et de réhabilitation post-traumatique.

Une étude portant sur les ratios de personnels paramédicaux au lit du malade en fonction du type de patientèle, a été entreprise et sera déclinée quantitativement et qualitativement conformément à la lettre de cadrage du SGA au sein du COP de l'INI.

Enfin, les prévisions de déflation en personnel, en fonction des éléments actuellement portés à notre connaissance, sont programmées de la façon suivante :

Dégressivité des Ressources humaines



8.3 La consolidation de la politique financière

L'Institution nationale des invalides relève du Ministère de la Défense et à ce titre reçoit une subvention pour charge de service public. Cette subvention permet entre autre d'assurer le fonctionnement du Centre des pensionnaires. L'établissement participe également au service public hospitalier et bénéficie d'une dotation annuelle de financement versée par le Ministère de la Santé.

Dans ce cadre complexe où est élaboré le projet d'établissement, la politique financière de l'établissement doit viser deux objectifs majeurs : rendre transparente l'allocation de ressources et assurer la pérennité des financements de l'Institution.

8.3.1 Rendre transparente l'allocation de ressources

Double financement, statut évolutif d'une clientèle tantôt à charge du régime général tantôt de régimes particuliers et prochainement l'intégration d'une structure totalement dédiée à l'étude et à la recherche sur l'appareillage du handicapé, rendent nécessaire la mise en œuvre de processus destinés à rendre parfaitement lisible l'utilisation des ressources allouées.

A cet effet, la comptabilité analytique déjà en phase d'amélioration grâce à la mise en œuvre du nouveau SDI depuis 2013 intégrant de nouveaux outils plus performants, va être totalement

renovée et adaptée à la nouvelle configuration de l'Institution conformément aux trois missions originelles : l'accueil dans un centre des pensionnaires, la prise en charge médicale et l'activité d'étude et de recherche. La modification des modes de prise en charge au sein du centre des pensionnaires devrait à terme simplifier la structure analytique et permettre une identification encore plus précise des coûts de fonctionnement, donnant ainsi aux tutelles une totale lisibilité quant à l'utilisation des ressources allouées.

8.3.2 Assurer la pérennisation du financement

Pour tenir compte des axes du projet médical, dans le contexte d'une période de transition estimée à cinq ans, l'INI se doit en sa qualité d'établissement public sous tutelle du ministère de la défense de s'engager résolument dans une logique d'efficience de gestion et de soutenabilité financière des missions qui lui sont confiées.

Prenant en compte le contexte budgétaire contraint et les incidences du projet médical qui va fortement impacter l'activité principalement du fait de la suppression des activités chirurgicales à compter de 2017, l'INI vise à atteindre un budget en équilibre selon une trajectoire pluriannuelle.

D'ores et déjà le projet d'établissement prévoit, outre une réduction des charges variables en chirurgie, une baisse des dépenses significative à terme au niveau des ressources humaines, de l'ordre de 10 %.

En cohérence, il s'agit donc de maintenir de la part des financeurs le principe d'une stabilité de la subvention pour charges de service public (SCSP) consentie par le ministère de la défense. De même, dans ce contexte d'évolution des activités médicales en parallèle à la réalisation du projet d'infrastructure et ses conséquences sur le fonctionnement du site, il apparaît également légitime de pérenniser dans son principe la dotation annuelle de financement (DAF) allouée par le ministère de la santé.

Ainsi, dans un souci d'efficacité et de transparence concernant le principe des deux dotations précitées, le cadrage financier pluriannuel du contrat d'objectifs et de performance (COP) de l'INI sera élaboré avec pour finalité cet objectif de sécurisation des ressources, de soutenabilité budgétaire et d'atteinte d'un équilibre de gestion à terme.

8.4 Le projet logistique

8.4.1 La rationalisation de la fonction achats

Etat des lieux : Les services utilisateurs sont peu impliqués dans la définition de leurs besoins et ne disposent pas en temps utile d'outils ou d'informations permettant de faciliter leur suivi. Le projet logistique doit contribuer à rationaliser et à moderniser les procédures et surtout à améliorer la collaboration et la participation des services "clients" de façon à apporter des réponses rapides et adaptées aux besoins et conduire à une meilleure utilisation des crédits.

La rationalisation et la modernisation des achats de l'Institution s'opéreront à trois stades : au stade de l'expression des besoins

- Mettre en place une commission d'achat associant le service responsable des achats et les services utilisateurs.

Cette commission dont l'objectif est de permettre de mieux définir les besoins de manière consensuelle sera réunie pour certains achats spécifiques ou transverses. Elle sera doublement utile pour tous les achats qui concernent plusieurs services en permettant un dialogue non seulement entre le service des achats et le service utilisateur mais aussi entre services utilisateurs.

- Systématiser l'expression de besoins notamment en termes de travaux ou d'achat d'équipements lors des conférences budgétaires annuelles.

Ces conférences budgétaires permettront à chacun des services de formaliser leurs besoins et au service des achats de construire un plan pluriannuel d'équipement. Elles seront suivies d'une réunion d'arbitrage qui effectuera la synthèse des négociations et d'un retour périodique d'information sur les consommations de chaque service.

8.4.1.1 Au stade de l'achat

- Uniformiser et informatiser les bons de commande afin de permettre aux services utilisateurs de connaître en temps réel l'état d'avancement de leur demande d'achat.
- Définir une procédure exceptionnelle d'urgence afin de permettre aux services notamment soignants de continuer à fonctionner de manière satisfaisante dans le respect du code des marchés publics.
- Actualiser et simplifier le guide de procédure d'achat interne de l'établissement.
- Systématiser la prise en compte du développement durable dans les achats courants ainsi que dans la rédaction des contrats de l'établissement dans des domaines tels que :

1) le matériel bureautique, l'impression et le papier (restrictions du nombre d'imprimantes individuelles, recours à la dématérialisation, généralisation de l'usage de papier recyclé ou répondant aux exigences d'un écolabel européen...)

2) les fournitures et mobiliers de bureau (favoriser la fourniture de mobilier éco-labellisé, intégrant des caractéristiques d'éco-conception ou dont le bois est issu de forêts gérées durablement)

3) l'alimentation (orienter le marché de restauration collective vers des produits issus de l'agriculture biologique en ciblant prioritairement des produits certifiés AB dont le surcoût est faible)

4) la gestion et la collecte des déchets (participer activement à la mise en place du tri sélectif des déchets sur le site de l'Hôtel National des Invalides)

5) l'entretien/ nettoyage des locaux et la blanchisserie (réduire les impacts du nettoyage des locaux sur les milieux aquatiques et le volume de déchets d'emballage...)

8.4.1.2 *Au stade de l'évaluation des prestations*

- Informer et sensibiliser les utilisateurs sur le coût des matériels qu'ils utilisent dans leur quotidien (ascenseurs, matériel médical, chariots repas...)

Les utilisateurs ignorent en règle générale le coût des équipements qu'ils utilisent, il conviendra donc de les sensibiliser sur certains achats ou réparations coûteuses pour l'établissement, ce qui pourra être effectif avec la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens passé entre les services et la direction de l'INI.

- Mettre en place des outils favorisant les démarches écoresponsables (paramétrage par défaut des imprimantes sur le recto-verso), sensibiliser les personnels sur ce sujet (communiquer par exemple sur les économies d'énergie, le nombre de ramettes de papiers ou de fournitures de bureau consommées par agent).
- Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des services "clients"

Deuxième phase de rationalisation des achats à mettre en œuvre

Les acteurs publics recourent de plus en plus aux centrales d'achat afin de réduire les coûts liés à la procédure de sélection mais, également, le coût des prestations achetées, ainsi que de bénéficier d'une compétence et d'une expertise certaines dans le processus d'achat.

Une centrale d'achat est un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés publics ou à l'ordonnance du 6 juin 2005. Ainsi, les acheteurs qui y recourent sont considérés comme ayant respecté leurs obligations de publicité et de mise en concurrence.

Par ailleurs, recourir à une centrale d'achat n'est pas sans incidence, en termes d'organisation et de fonctionnement, mais présente des avantages indéniables.

Actuellement, l'INI réalise ses achats auprès de centrales d'achat (RESAH et UGAP) à hauteur de 17 % en fonctionnement et de 12 % en investissement.

Dans le cadre du nouveau projet d'établissement et dans un souci d'optimiser les moyens toujours plus contraints en termes de gestion, l'INI souhaite davantage recourir aux centrales d'achat. Cette orientation implique de nouvelles exigences pour l'obtention des avantages escomptés.

- Une nécessité de cerner les besoins sur un plan prévisionnel et prospectif notamment pour tendre vers :
 - une réduction des coûts suite à l'augmentation des volumes d'achats ou encore par une diminution des coûts de passation de commandes,
 - une augmentation du pouvoir de négociation par effet de levier,
 - un meilleur suivi comptable et une meilleure visibilité des dépenses.
 - Une organisation reposant sur des acteurs dont les responsabilités sont facilement identifiables et qui développeront de meilleures compétences spécifiques.

- Une démarche qui permet de décharger les acheteurs de certaines activités à faible valeur ajoutée.

Il ressort de cette réflexion, l'opportunité pour l'INI, en complément de cette orientation vers les centrales d'achat et afin de la renforcer, d'envisager de façon conjointe, une double démarche :

- Une interne : en recentrant les énergies vers l'optimisation de l'expression, de la justification et donc de la pertinence du besoin, et ce, de façon formalisée et auditable.

La finalité de cette démarche est plurielle (pertinence, juste besoin, respect des délais, maîtrise des coûts et des autorisations budgétaires, respect des normes, développement durable,...). Il s'agit notamment, dans le cas des dispositifs médicaux comme des pansements, de tendre à limiter le mésusage.

En cohérence avec les réflexions de la présente fiche, il s'agit pour le service achat de s'investir dans cette perspective, dans un rôle d'organisation et de formalisation de « l'expression des besoins », de façon à fournir aux centrales d'achat partenaires, des demandes parfaitement ciblées. Cet objectif passe nécessairement par la formation et/ou le développement des compétences des acheteurs et responsables techniques de l'INI.

- Une externe de « benchmarking »: en utilisant avec profit les séances de travail au sein de ces groupements (RESAH ...) dont l'expertise est reconnue, pour informer ou mieux orienter les initiateurs internes à l'INI des demandes d'achat, notamment les praticiens, mais aussi tous responsables en général, dans le cadre de l'action interne précitée.

Enfin, la mise en œuvre de cette nouvelle orientation stratégique pour l'INI, devra être accompagnée dans le cadre d'une démarche de conduite du changement pour les personnels et responsables aujourd'hui impliquée dans l'achat.

8.4.2 Une réorganisation des services administratifs et logistiques

En cohérence avec les modifications structurelles induites par le projet médical, il s'agit d'opérer une restructuration de l'organisation des départements pour aboutir à une architecture rationnelle de ces départements, avec un redéploiement fonctionnel et homogène des services et activités :

8.4.2.1 Trois départements au lieu de cinq entités (Annexe 4) :

Ainsi, le département administratif et financier (DAF) regroupera non seulement les fonctions liées aux dépenses comme c'est le cas actuellement, mais également celles liées aux recettes, en intégrant le SASE (service des admissions et soins externes), jusqu'alors rattaché au DPMG (patientèle, moyens généraux).

Le DPMG est lui-même supprimé car il perd également son deuxième service « Les moyens généraux ».

Ce dernier qui devient le SIHSPE (service intérieur, hôtelier et suivi des prestations externes) intègre le département technique et logistique (DTL). Ce département va comporter, outre le SIHSPE, les services techniques (ST) et le service informatique et télécommunication (SIT).

Le SIHSPE aura non seulement, les missions de l'ex-service des moyens généraux, mais aussi le suivi de l'exécution des prestations externes pour notamment attester de façon formalisée le service fait.

Le DAF conserve le service des achats et de l'approvisionnement (SAA) qui doit néanmoins évoluer. En effet, la possibilité aujourd'hui offerte de recourir aux centrales d'achat, entraîne en corollaire l'obligation de professionnaliser davantage le processus d'expression du besoin jusqu'à la commande, concernant les critères, le suivi et le contrôle. Son champ d'action va également être étendu à tous les services dépensiers.

La composition du département des ressources humaines (DRH) ne change pas sur le plan organique. Il doit cependant effectuer des synergies avec le DAF, comme pour la maîtrise de la masse salariale et les achats de formation.

8.4.2.2 Le pool des conseillers et référents hospitaliers identifié :

Ce pool directement rattaché à la Direction, regroupe les fonctions de :

- cellule d'aide au pilotage (CG, QGR et CI)
- conseillers de prévention
- officier incendie
- médecin de prévention
- responsable de l'information hospitalière (DIM).
- coordinateur du projet d'infrastructure de l'établissement

8.4.2.3 Transversalité, décloisonnement des services, contrôle interne et indicateurs de pilotage :

L'organisation ci-dessus décrite sur le plan organique, doit répondre à une logique en termes de pilotage des fonctions financières, logistiques, ainsi que d'administration et de gestion des ressources humaines. En toile de fond, il s'agit de tendre vers plus de performance de ces trois grandes fonctions avec la mise en place d'une culture de contrôle interne (CI) dont les dispositifs doivent être inhérents à chaque fonction, tout en respectant le principe de séparation des tâches.

Au-delà des restructurations sur le plan organique, les modes de fonctionnement doivent clairement évoluer vers davantage de transversalité. Les COPIL participent déjà à cette démarche, qui doit cependant nettement impacter les modes opératoires qui ont cours jusqu'alors. Cela concerne à des degrés divers tous les départements et tous les services.

Une cellule d'aide au pilotage va être créée afin d'élaborer et de suivre sous la forme de tableaux de bord de la Direction, les indicateurs de pilotage préalablement choisis lors des COPIL. Si le domaine de la qualité et de la gestion des risques (QGR) existait, il va être complété par celui du

contrôle de gestion (CG), qui fait défaut. Cette cellule aura également la mission d'animer auprès de l'ensemble des services, la mise en œuvre de leur CI, et la remontée des indicateurs de suivi correspondant.

8.4.3 Le co-pilotage des prestations externalisées

Les prestations qui sont externalisées dans des domaines souvent stratégiques pour la vie de l'établissement (restauration, entretien et nettoyage des locaux, fourniture de gaz et fluides médicaux, collecte des déchets, maintenance des infrastructures et des matériels...) représentent un coût non négligeable dans son budget. Or, leur suivi n'est pas toujours bien organisé (manque de relais dans les services) et les retours d'information sur les mesures correctives prises en cas de défaillance des prestataires sont souvent ignorées des services à l'origine des signalements.

Améliorer le suivi des prestations :

- Poursuivre l'expérimentation de remontée d'information par le biais de l'installation de présentoirs au sein du service des pensionnaires en permettant au personnel soignant, aux pensionnaires et aux familles de signaler des petits travaux à effectuer, toutes difficultés liées à la logistique de façon à permettre une meilleure réactivité des services du département des affaires économiques
- Prévoir, pour les marchés les plus importants, en terme de coût financier ou de domaine d'activité des rencontres périodiques avec les prestataires de services (restauration, entretien et nettoyage des locaux, blanchisserie, collecte des déchets...) afin de permettre des actions correctives plus rapides
- Instaurer un binôme technique/administratif pour toute la durée de vie des marchés dont le montant ou l'enjeu est important.

8.4.4 La modernisation et la recomposition du patrimoine immobilier

L'état du patrimoine de l'Institution n'offre pas à ses patients toutes les garanties de confort hôtelier et nécessite la poursuite de mises en conformité des locaux dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité des biens et des personnes, du respect des normes en matière de confidentialité, d'intimité et dignité des patients et enfin, d'accessibilité des personnes handicapées. Par ailleurs, dans un avenir proche, l'I.N.I. devra accueillir, dans ses locaux, les personnels et les installations techniques en rapport avec l'intégration du CERAH, dont la totalité de l'antenne de Créteil.

Une remise à niveau de l'infrastructure est donc nécessaire. Ces travaux de modernisation qui nécessitent une recomposition du patrimoine immobilier incluront une extension dans les locaux laissés libres par l'office national des anciens combattants. Les changements d'affectation des locaux seront repris de façon plus précise dans le COP 2016-2020.

La modernisation et la recomposition du patrimoine immobilier s'articuleront autour de deux axes:

- l'organisation d'une politique de maintenance
- l'élaboration d'un schéma directeur pluriannuel de travaux

Formaliser une politique de maintenance :

- En poursuivant la mise en place de la maintenance préventive “ en interne” des équipements

La maintenance préventive constitue le prolongement logique de la politique d'achat et de la valorisation des équipements acquis. Elle devra être poursuivie et formalisée par les services techniques de façon à réduire la maintenance curative et les interventions en urgence :

- En acquérant un logiciel de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) avec une interface pour la gestion en ligne des bons de demande de travaux en intégrant la maîtrise des consommations énergétiques conformément aux dispositions prévues par la directive du ministre du 21 décembre 2007 précédemment citée.
- En définissant une politique d'investissement en élaborant un schéma directeur pluriannuel de travaux qui sera la traduction du projet médical de l'établissement et du parcours de soins du patient.

8.5 L'environnement et le développement durable

Cette approche de politique d'éco responsabilité et développement est déjà menée au sein de celle que met en œuvre la direction de l'Hôtel National des Invalides. Mais la spécificité d'activité de l'INI, similaire à un établissement hospitalier et son autonomie de gestion liée à son statut d'EPA justifient qu'une politique propre soit déclinée.

Ces axes d'amélioration sont conformes aux objectifs ministériels, leur déclinaison est fondée par une appropriation de l'ensemble des équipes.

Trois axes constituent l'engagement de ce projet :

- Les politiques d'achats écoresponsables
- Le tri des déchets
- La gestion des sources d'énergie

8.5.1 Le recours aux achats écoresponsables

8.5.1.1 La politique

La politique d'achat est un axe fondamental de la volonté de l'Institution de s'engager dans le développement durable. C'est en effet à ce niveau que le développement durable se pense en première intention : connaissance du produit, analyse en coût global, cycle de vie du produit, conséquence sur l'exploitation, gestion des déchets...

Les équipes définiront une stratégie d'achats écoresponsables, durable, menée par l'ensemble des acteurs des différents secteurs d'activité de soins et hors soins et intégrant:

- La sécurité, la fiabilité et l'ergonomie
- Le moindre impact sur l'environnement

8.5.1.2 Les objectifs

En continuité avec la politique déjà menée depuis plusieurs années, l'Institution applique les politiques écoresponsables des centrales d'achat telles que le RESAH, l'UGAP et à l'avenir avec la Direction des Approvisionnements du SSA afin de profiter de leur poids stratégique dans le cadre des achats groupés. L'Institution cherchera par ailleurs à développer ses relations avec les fournisseurs écoresponsables, attestant d'une démarche proactive de développement durable.

Une formation des acheteurs et des responsables techniques au développement durable sera mise en place.

L'impact des achats écoresponsables sera évalué par un recueil d'indicateurs adaptés en conformité avec ceux du ministère de la défense.

8.5.2 L'amélioration du tri des déchets

La gestion des déchets, au-delà des obligations réglementaires, vise à agir sur les gisements à la source, augmenter la valorisation matière, améliorer le tri des déchets. Cependant, le succès de cette démarche est conditionné par un investissement collectif et individuel des professionnels, par la promotion de la culture de développement durable et par la mise en place d'organisations, d'actions de communication et d'outils de mesure des progrès réalisés.

8.5.2.1 L'action sur les gisements à la source

Une action particulière sera menée notamment sur :

- La consommation de papier,
- Les suremballages,
- la reprise des emballages primaires par les entreprises afin qu'ils ne soient pas traités dans le circuit des déchets de l'établissement.

A cet effet, l'Institution nationale des Invalides poursuivra sa politique d'achats écoresponsables par la sélection des marchés de fournitures qui préciseront dans leur mémoire technique la politique de « suremballage » et reprise des emballages ».

8.5.2.2 L'optimisation et la valorisation matière

L'objectif est d'identifier de nouvelles sources de valorisation. A cet effet une étude devra être menée pour envisager la collecte sélective des matières compostables contenues dans les DAOM si une filière de valorisation possible est identifiée.

8.5.2.3 L'amélioration du tri

L'Institution poursuivra l'amélioration du tri sélectif dans les services de soins et les services administratifs et logistiques:

- En instaurant une politique de formation du personnel à la gestion et au tri. Elle sera organisée dans le cadre des journées d'accueil des nouveaux arrivants et sera doublée par des supports de communication, dans le livret d'accueil du personnel. En complément de la procédure déjà en place pour le tri entre déchets d'activité de soins à risque infectieux et déchets d'activité et ordures ménagères, des audits internes réguliers seront régulièrement réalisés.
- En mettant à jour annuellement la cartographie des déchets. Cette mise à jour permettra de s'interroger sur la pertinence des filières, sur la nécessité d'en créer de nouvelles, et sur l'évolution des volumes produits avec le coût induit.
- En mettant en place dans les services cliniques et les services administratifs des contenants plus adaptés pour permettre de faciliter les gestes du tri à la source.
- En approfondissant le dispositif de procédures, pour les étendre à toutes les catégories de personnels et de déchets.
- En communiquant sur les indicateurs de production des déchets.

8.5.3 La gestion de l'énergie

L'Institution nationale des Invalides, en tant qu'établissement de santé est un important consommateur en énergie. Les divers postes spécifiques tels que la cuisine, la balnéothérapie, la radiologie, les services d'hospitalisation et d'hébergement des pensionnaires consomment beaucoup d'énergie tous fluides confondus. Ainsi l'énergie est un élément essentiel dans le fonctionnement de l'établissement.

Néanmoins, l'établissement est déjà engagé depuis de nombreuses années dans une démarche de maîtrise d'énergie durable des consommations.

8.5.3.1 Le bilan actuel

En effet, l'équipe technique a d'ores et déjà mis en œuvre un plan d'actions permettant une diminution substantielle des différents postes de consommations des fluides sur l'ensemble des installations de l'établissement tel que :

- La plomberie :
 - mise en place de réservoirs de chasse d'eau économiques
 - mise en place d'une robinetterie économique avec brise jet à réduction de pression
 - contrôle préventif régulier : permettant la suppression des micros fuites, le remplacement de matériels générant une consommation d'eau excessive (électrovanne défectueuse, disconnecteur non adapté à l'usage demandé...)

- remplacement des filtres de la piscine permettant une diminution de la compensation en eau.
- La climatisation :
 - suppression du groupe de production d'eau glacée à refroidissement à eau perdue : économie d'eau significative
 - mise en place d'une centrale d'air équipé d'une sonde extérieure et intérieure : gestion du traitement climatique plus précise au regard des besoins
- L'électricité :
 - remplacement progressif des sources d'éclairage énergivores par des sources basse consommation
 - mise en place de minuteries et de dispositifs de détecteur de mouvement pour une meilleure gestion de l'éclairage dans les parties communes
 - remplacement de gros équipements tel que des pompes de relevage, de circulation, onduleurs.... ont fait l'objet de remplacement et ce qui a permis une réduction des consommations énergétiques tout en augmentant leur efficacité
 - campagnes de sensibilisation du personnel sont également organisées dans le cadre de la maîtrise de la consommation énergétique.

8.5.3.2 Dans le nouveau projet

Dans le cadre du schéma directeur d'infrastructure 2016-2020, la démarche se fondera sur la mise en œuvre, au préalable, d'un diagnostic de performance énergétique (DPE) pour les bâtiments, afin d'identifier tous les postes sources de diminution de leur consommation en énergie.

Les postes concernés pour diminuer les consommations d'énergie sont déclinés en annexe 3.

De cette politique seront élaborés deux projets transversaux de développement durable :

- La dématérialisation des courriers au sein de l'établissement et avec les différents correspondants institutionnels, projet concernant les Systèmes d'Informations

Le renouvellement des véhicules du parc automobiles au profit de modèles hybrides et/ou tout électrique.

9. Le projet de communication pour accompagner et faire connaître les projets ambitieux

La politique de communication de l'INI pour les années 2016 – 2020 vise plusieurs objectifs stratégiques :

- Valoriser l'Institution et ses projets futurs
- Faciliter l'accès à l'information via les supports « web »
- Développer l'information en interne
- Développer l'information en externe.

Pour la valorisation de l'INI et de son projet médical ayant fait l'objet d'une validation auprès de toutes les tutelles et de toutes les instances du ministère de la santé, des actions coordonnées de communication de ce projet partagé avec le SSA doivent être entreprises. Elles font actuellement l'objet de réflexions et de formalisation pour en déterminer le périmètre et la dimension.

La future création d'une « maison du handicap » avec l'intégration de l'antenne du CERAH de Créteil en est une des composantes principales. L'offre de soins associant la réhabilitation tant dans le domaine physique que psychique représente le socle sur lequel repose une prise en charge plurimodale du blessé de guerre dans toutes ses composantes qu'elles soient médicale, paramédicale, administrative ou sociale sur une même unité de lieu.

Les principaux objectifs opérationnels qui en découlent sont les suivants :

9.1 La communication externe :

- La communication externe via les vecteurs de communication que sont les magazines et périodiques interarmées et civils spécialisés dans le domaine de la « Défense »
- faire connaître les savoir-faire de l'Institution, ses secteurs d'activité, ses modalités d'accès aux soins et ses projets, de manière claire et transparente, à nos partenaires, aux ayants-droit et au grand public au sein des multiples vecteurs nationaux publics
- L'écoute de nos ayants-droits et répondre au mieux à leurs attentes en créant un site de recueil d'information et d'évaluation des prestations réalisées en son sein.
- L'atteinte de l'ensemble de ces objectifs passe, en priorité, par la création d'un site internet, la diffusion de brochures (matérialisées et dématérialisées) de présentation et la réalisation d'enquêtes de satisfaction et de leurs évaluations.

9.2 La communication interne :

- améliorer l'efficacité du système d'information (contenu/cible/support) par le biais du Flash-INI, brochure diffusée sur un rythme bimensuel et par la diffusion d'informations formelles périodiques à porter à la connaissance de tous les personnels sur le réseau interne de l'établissement
- décloisonner les services par un système de mutualisation des fonctions de communication et de support ou l'information transmise sera déclinée uniformément à tous de façon simultanée
- permettre à chacun de situer son rôle dans l'organisation par le biais d'une représentation des différents processus de soins représentés par des de flow-shart et d'accès libre à une base de données organisationnelle
- encourager une vision institutionnelle partagée à même de créer une véritable acculturation des personnels à leur établissement.

9.3 L'optimisation de la communication

L'atteinte de ces objectifs nécessitera ainsi de formaliser les protocoles, d'optimiser et d'harmoniser les supports et les outils (papier et numériques), de développer la communication entre les différents services par une meilleure connaissance mutuelle de leurs actions et de favoriser les échanges d'information par l'utilisation d'outils adaptés. Une formation des personnels à ces outils de communication, mis en place lors du déploiement du schéma directeur des systèmes d'information depuis 2013, accompagnera cette démarche de changement et d'optimisation de la communication au sein de l'établissement.

10. La gouvernance

Le positionnement de l'INI est singulier au sein du ministère de la défense de par son rattachement auprès de secrétariat des anciens combattants et à la mémoire, le différenciant du positionnement des HIA, et de par son statut d'établissement public administratif.

Ce nouveau projet médical nécessite de redéfinir les bases de la gouvernance permettant la mise en œuvre du projet médical. Elle s'envisage sous trois aspects :

- Celui de ses liens institutionnels
- Celui de son rattachement au sein de l'Hôtel National des Invalides (HNI)
- Celui de ses liens tenant à son projet médical avec le SSA

10.1 La gouvernance avec les autorités institutionnelles

Par l'intermédiaire du conseil d'administration, elle s'effectue sur le principe d'une double tutelle, celle du secrétariat d'état aux anciens combattants représentée par la présidente du conseil d'administration de l'INI et de celle du secrétaire général pour l'administration pour le Ministère de la défense.

La présence au conseil d'administration avec voix délibérative de représentants de la DGOS, du budget et des présidents d'association élargit, notamment, cette gouvernance à l'interministériel au Ministère de la santé et à celle du budget.

10.2 La gouvernance au sein de l'HNI

Sur le site de l'Hôtel National des Invalides, le Gouverneur Militaire de Paris (GMP) met en œuvre l'ensemble des mesures de sécurité des biens et des personnes. Dans le cadre du processus de mise en conformité des bâtiments de l'INI, il a la responsabilité auprès de la préfecture de Paris du schéma directeur incendie de l'ensemble du site.

Une comitologie spécifique est mise en œuvre avec les autres directeurs et responsables d'entité et le Gouverneur des Invalides dans le cadre de réunions de direction et d'un comité d'emprise au sein de laquelle siège le directeur de l'INI.

10.3 La gouvernance avec le SSA

La relation formalisée, outre les groupes de travail techniques et staffs entre secteurs d'activité, est représentée par la présence du directeur central du Service de Santé, avec voix délibérative, au conseil d'administration.

Le directeur de l'INI siège d'autre part à l'ensemble des réunions des grands subordonnés organisées par la DCSSA.

10.4 La nouvelle organisation

Ce nouveau projet médical partagé avec le SSA impose de reconsidérer notre organisation précédente permettant de créer à l'échelle de l'INI, dans le champ de la réinsertion, une structure en miroir avec le SSA et préservant les interfaces. Elle doit en outre permettre une organisation propre performante et adaptée au schéma de réorganisation et d'infrastructure.

10.4.1 L'organisation interne

Elle se fonde sur l'équipe de direction associant le directeur, le directeur adjoint et la directrice des soins, un directeur des affaires médicales et des chefs de départements techniques, administratifs et financiers.

Cinq instances de management sont constituées :

- Le comité de pilotage médico-économique élargi
- La commission médicale
- Le comité qualité et gestion des risques, ayant pour objectif d'inclure une représentation des usagers et pensionnaires
- Le comité technique d'établissement avec les représentants des personnels et partenaires sociaux
- Conférences budgétaires

10.4.2 La nouvelle organisation avec le SSA (Annexe 1)

Ce projet médical permettant la création d'un pôle d'excellence au sein du ministère de la défense pour la réinsertion et réhabilitation des militaires blessés va induire des flux de patients dans le cadre de parcours dédiés et répondant à des critères de qualité, des flux de personnels entre les structures tenant aux compétences, mais aussi aux spécificités propres aux catégories (exemple pour les militaires de la projection sur les missions extérieures) et des flux financiers au regard des statuts propres à chaque établissement (EPA pour l'INI).

Ces propositions constituent les premières conclusions d'un groupe de travail constitué entre les équipes de directions des trois établissements.

10.4.2.1 Le COPIL stratégique

Constitué par les directeurs de l'INI, des HIA et des référents de spécialités, il mettra en œuvre la gestion structurante des parcours patients, des supports partagés et des flux de personnels médicaux et para médicaux entre les établissements. Chacun des participants sera ainsi en mesure de rendre compte de ces activités à sa chaîne hiérarchique supérieure, en vue pour l'INI de faire une présentation au conseil d'administration en présence de la présidente et du DC DCSSA.

10.4.2.2 Les instances communes de coordination médicales

Elles reposent sur 3 comités :

- Staff commun d'admission de patients de chacun des services pour les spécialités de MPR et psychiatrie
- Staffs de spécialités de revue des patients prise en charge, incluant les processus qualité et gestion des événements indésirables
- C2RBO (annexe 2) permettra d'autre part de faire le lien avec les parcours individualisés de réinsertion pour les blessés en opérations extérieures.

10.4.2.3 Les Instances de concertation logistique et administrative

Plusieurs axes à terme seront abordés :

- Flux financiers
- Politique de choix des marchés
- Fonction laboratoire

11. La phase de transition et de transformation

11.1 La période de transition

La période de transition correspondant à la réalisation de la totalité des travaux a été estimée à cinq ans par l'Etablissement du service d'infrastructure de la Défense (ESID) avec un début des travaux en décembre 2017 voire janvier 2018. Cette programmation reste conforme aux principes de la maîtrise d'œuvre du précédent schéma directeur d'infrastructure qui respecte les mêmes principes de déploiement.

Les capacités pendant la période de transition

	2016	2017	2018	2019	2020
Chirurgie	24	0	0	0	0
Unité Sensori-Cognitive	10	5	5	0	0
MPR+SSPO	48+0	50+14	50+14	40+10	40+10
Réhabilitation psychique	0	0	0	20	20
Pensionnaires	83	81	81	80	80
Hôpital de Jour	6	10	10	10	10
Totaux	171	160	160	160	160

30/03/2016

Projet INI MAGI PLOTTON

40

11.2 Les données économiques et financières de la phase de transition

La valorisation du projet a été validée par l'ESID et le SGA (50 M€ dont 11,2 M€ pris sur le Fond De Roulement de l'INI) et le principe d'inscrire les 38,8 M€ nécessaires dans le Programme 169, BOP « réparation » acté. Une présentation au conseil d'administration extraordinaire de l'INI du 17 mai 2016 a été effectuée par le directeur de l'INI. Certaines associations d'anciens combattants ont fait part de leur inquiétude concernant les conditions de transport des blessés médullaires devant être pris en charge chirurgicalement par Percy et Garches. Une attention toute particulière sera portée sur le sujet du transport des blessés médullaires en associant les représentants des usagers

et des associations à l'instruction de ce dossier sensible au sein d'un groupe de travail en cours de constitution.

Prévisions coûts financiers

Fond de « roulement investissement » INI et abondement		
Bâtiment 08	2017 – 2018	3 ME
Bâtiment sud	2018 – 2019	12 ME
Crédits investissement		
Bâtiment central	2019 – 2021	35 ME
Clos couvert		exclu

30/03/2016

Projet INI MGI PLOTTON

La modélisation financière du projet s'inscrit dans l'optique d'un budget à l'équilibre à l'issue de la période de transition et repose sur les objectifs suivants :

- Des dépenses en baisse avec une réduction des charges fixes et variables supportées actuellement par le service de chirurgie,
- Une réduction de charges « RH » en mettant en place des ratios adaptés à la typologie de la patientèle pour enrer dans les pincipes du COPIL SSR, Une mutualisation des secrétariats et une dématérialisation des outils de recueil des informations médicales et du dossier patient.

En concomitance, une augmentation des recettes basée sur les objectifs suivants est attendue :

- Une stabilisation de la part MINDEF,
- Une majoration de la part « patientèle hors-DAF » avec un principe d'ouverture à l'interministériel,
- Une DAF maintenue dans son principe

Les données financières associées aux données capacitaires et à l'infrastructure

Effectifs (postes)	433	425	419	413	407	400
Capacité totale (lits et places), dont :	171	160	160	160	160	160
CHIR. et USC	34	5	5	-	-	-
Centre SSPT	-	-	-	20	20	20
MPR et SSPO	48	64	64	50	50	50
Hop. de jour	6	10	10	10	10	10
Centre pensionnaires	83	81	81	80	80	80
Surface associée (en m²)	-	-	BT 08 (*)	-	-	-
Investissement, en M€	0,280	2,227	9,075	14,102	9,170	8,831 + 6,315
Bâtiment 08	-	2,227	0,773	-	-	
Bâtiment sud	-	-	8,302	3,698		
Bâtiment central	-	-	-	10,404	9,170	8,831+ 6.315
Budget de fonctionnement, en M€	34,250	33,975	33,751	33,511	33,238	32,915

12. Le schéma directeur d'infrastructure 2016-2021

La programmation du schéma directeur d'infrastructure se caractérise selon les axes principaux suivants:

- la redéfinition du programme fonctionnel et technique ;
- les exigences techniques ;
- les études de maîtrise d'œuvre dédiées au nouveau programme ;
- la chronologie des phases de travaux ;
- le calendrier de travaux de l'ensemble des opérations ;
- l'estimation du coût des travaux.

La redéfinition du programme fonctionnel et technique :

L'établissement a réalisé un programme de restructuration et de modernisation de ses bâtiments en lien avec son projet médical. Ce projet a connu depuis la première phase de réalisation du programme initial des évolutions qu'il convient de prendre en compte et d'intégrer dans une nouvelle version du programme afin que les concepteurs, l'agence Reichen & Robert et Associés, maître d'œuvre de l'opération de travaux puissent à leur tour mettre à jour le projet architectural dans des conditions de pérennité satisfaisante.

Cette redéfinition va impacter l'ensemble des supports du programme initial :

- le programme, texte et schémas de fonctionnement ;
- la faisabilité ;
- les tableaux de surfaces.

Les principales exigences techniques des bâtiments :

Les concepteurs assureront la conformité des bâtiments à l'ensemble des réglementations applicables, notamment la réglementation concernant les établissements de santé et les exigences de sécurité incendie ainsi que le code du travail.

- Structure et enveloppe des bâtiments :

L'Architecte en Chef des Monuments Historiques (ACMH) devra reprendre le ravalement des façades et les descentes des eaux pluviales avec vérification des couvertures.

Le Service d'Infrastructure de la Défense (SID) devra reprendre l'ensemble de la voirie et l'adapter aux règles d'accessibilité pour les personnes en situation d'handicap.

- Second œuvre :

Murs, sols, plafonds : les matériaux pour le traitement architectural des lots du second œuvre seront choisis en fonction des exigences de fonctionnement et du confort des patients hospitalisés et des patients visiteurs. Matériaux, matériels et appareillages seront conformes aux réglementations en vigueur (incendie, acoustique, etc.)

- *Fluides* :

Flexibilité et évolutivité des réseaux : la distribution des réseaux de fluides devra pouvoir être modifiable et la capacité des supports permettre la montée en charge (30% minimum) comme l'informatisation et les transferts de données, l'extension des installations de détection incendie et anti intrusion.

De fait, l'organisation des supports devra permettre le passage des futures distributions générales issues des locaux techniques vers l'extension.

Electricité courants forts : les travaux seront réalisés en accord avec les normes et règlements en vigueur.

Les installations existantes seront partiellement conservées notamment les réseaux primaires et leur ouvrages (poste de livraison HTA/BT, TGBT)

Quelques armoires basse tension de distribution terminales seront également conservées.

Electricité courants faibles :

- *le système de sécurité incendie (SSI)*

Au-delà des exigences réglementaires, le programme demande l'installation d'un SSI en adéquation avec le SSI de catégorie A de l'Hôtel nationales de invalides.

Les détecteurs d'incendie seront implantés dans tous les locaux d'activités hospitalières et non hospitalières, et assureront une détection précoce en cas de présence de fumée ou de gaz combustion.

Le désenfumage naturel est privilégié, les rejets se feront dans la mesure du possible, en toiture avec des ouvrants isolés et occultes.

Dans l'impossibilité de sortie en toiture, les ouvrants seront positionnés en façade.

- *le câblage VDI*

L'infrastructure de communication sera revue totalement, elle devra permettre la transmission des informations VDI (voix, donnée, image) de la gestion et de l'information des « bâtiments et service », téléphone, informatique sur le même câblage banalisé.

L'installation comprendra :

- un local principal téléphone, informatique et télécoms ce dernier sera « satellite » du local général de l'HNI ;
- les locaux de sous répartiteur implantés sur l'INI seront reliés au local principal par des liaisons en fibre optique l'informatique et fibre cuivre pour le téléphone.

L'ensemble des locaux sera câblé, l'objectif étant d'obtenir un réseau téléphonique et informatique le plus banalisé possible, évolutif, associé à des points d'accès adaptables à différentes applications utilisées par l'administration, le secteur médical, les autorités extérieures etc.

- *la gestion technique du bâtiment (GTB)*

Dans le cadre d'une gestion intelligente et économe des future équipements, il sera mis en place une GTB qui relèvera les consommations, contrôlera, pilotera et surveillera l'ensemble des équipements techniques depuis un poste central.

L'objectif étant :

- d'optimiser les consommations énergétiques des bâtiments ;
- d'optimiser la maintenance préventive et curative des installations ;
- de programmer les différents modes de fonctionnement (jour/nuit, accès...) ;
- de centraliser les alarmes techniques ;
- de reporter les alarmes vers un poste de sécurité.

Chauffage / ventilation / climatisation : Les installations seront conçues de façon à maîtriser de façon simple et économique le traitement thermo-hygrométrique des bâtiments.

La centrale de production de froid fera l'objet d'un redimensionnement.

L'ensemble des espaces sera ventilé de manière naturelle et/ou mécanique, avec un renouvellement de l'air hygiénique en accord avec la réglementation en vigueur.

Plomberie sanitaire : La distribution eau froide et eau chaude se fera sur l'ensemble des points d'eau. Les canalisations seront isolées hors gel sur la totalité de leur parcours et chaque entité sera équipée de vannes d'isolement. Les cuvettes WC seront de type suspendues avec chasse d'eau encastrées. Afin de réduire les consommations d'eau, les installations seront dotées d'équipements et appareils hydro économes tels que chasse d'eau double commande, mousseurs, réducteur de pression. La GTB suivra la consommation d'eau par zone.

Des points d'eau adoucie compléteront les installations techniques.

Les études de maîtrise d'œuvre dédiées au nouveau programme

La mise au point du projet et validations :

- nouvelle esquisse : janvier 2017;
- avant-projet sommaire : mars 2017 ;
- avant-projet détaillé : juin 2017 ;
- pro-DCE : septembre 2017

La chronologie des phases de travaux tranche ferme

En préalable, il convient d'annoncer que l'enchaînement des travaux devrait se faire à la suite des travaux d'installation :

- du personnel administratif dans le bâtiment 08 ;
- de la pharmacie et de la crèche dans des installations provisoires modulaires extérieures.
- procédures administratives phasage des travaux tranche ferme :
 - demande permis de construire « modulaires provisoires » : janvier à juin 2017 ;
 - passation marchés publics et notifications : septembre 2017 à avril 2018 ;
 - installation des modulaires provisoires : septembre 2017 au 12/2017 ;
 - transfert de la pharmacie et de la crèche : janvier 2018 ;
 - travaux dans le bâtiment 08 : mai 2018 à décembre 2019 ;
 - transfert des personnels dans le bâtiment 08 : janvier 2020 à mars 2020;
 - travaux dans le bâtiment sud : avril 2020 à mai 2021.
- procédures administratives phasage des travaux tranche conditionnelle :
 - affermissement de la tranche : juin 2021 ;
 - organisation des services médicaux avant travaux : septembre 2021 à novembre 2021 ;
 - travaux dans le bâtiment central : décembre 2021 à mars 2023.

L'estimation du coût des travaux en € TTC

BATIMENT SUD	BATIMENT 08	MODULAIRES	BATIMENT CENTRAL
12 000 000,00	3 000 000,00	1 500 000	33 500 000

Ont participé à l'élaboration du projet d'établissement :

Chef de projet : Médecin Général Inspecteur Christian PLOTTON, Directeur de l'Institution nationale des Invalides

Adjoint au chef de projet : Commissaire en chef de 1^{ère} classe Philippe HAVIL, Adjoint au Directeur de l'Institution nationale des Invalides

Rédacteurs et membres du groupe de travail :

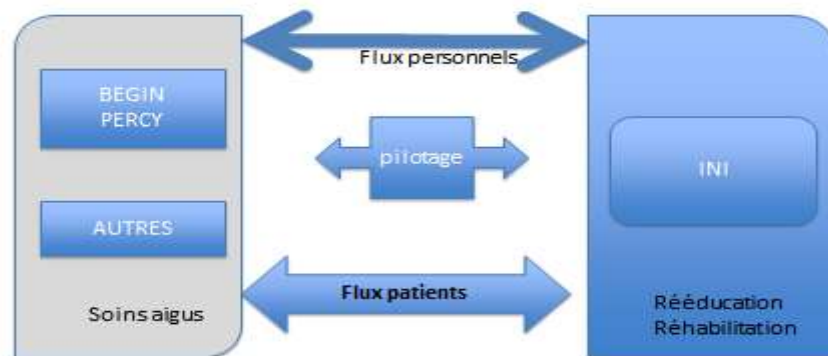
- Madame la présidente du conseil d'administration Martine DEBOISDEFFRE (INI)
- Monsieur le Général d'Armées Bertrand RACT MADOUX (Gouverneur des Invalides)
- Monsieur le médecin chef des services Eric LAPEYRE (HIA Percy)
- Monsieur le médecin chef des services Franck DE MONTLEAU (HIA Percy)
- Monsieur le commissaire en chef de 2^{ème} classe (TA) Gaël DETTWILLER (SGA)
- Monsieur le commissaire en chef de 2^{ème} classe Joël ORVOEN (INI)
- Monsieur l'administrateur civil de classe normale Henri-Damien FERRET (SGA DAF)
- Madame la directrice des soins Bénédicte DESPRETZ (INI)
- Monsieur le médecin en chef Robert LAFAYE DE MICHEAUX (INI)
- Monsieur le médecin en chef Ronan FRABOULET (INI)
- Monsieur le médecin en chef Anne BOUIX (INI)
- Monsieur le docteur Dominique MARCHAL (INI)
- Madame le docteur Pascale FODE (INI-CERAH)
- Madame Christine PHILIPPON (INI-CERAH)
- Monsieur Didier AZOULAY (INI-CERAH)
- Madame le pharmacien en chef Catherine HUART (INI)
- Madame le docteur Anne SAUREL (INI)
- Monsieur le docteur Henri FREMONT (INI)
- Monsieur le Lieutenant-colonel Gaëtan DE LA VERGNE (Cabinet du Gouverneur des Invalides et représentant des usagers)
- Monsieur Marc ABOU (Représentant des usagers – Agence des paralysés de France)
- Madame Marie Christine MARQ (INI)
- Madame Gisèle CALOUX
- Monsieur Yves ESPENANT (INI)
- Monsieur Sébastien DUCROCQ (INI)
- Madame Edith VESSELLE (INI)
- Monsieur Guy BARRAUD (INI)
- Madame Micheline DAUNAR (INI)
- Madame Pascale KOWALEWICZ (INI)
- Madame Elisabeth PENNEQUIN (INI)
- Madame Martine LEMIERE (INI)
- Monsieur Mustapha NACHET (INI)

- Madame Béatrice CHANVIN (INI)
- Madame Célia LAGIER (INI)
- Madame Arlette GENDRE (INI)
- Madame Christel GAURON (INI)
- Madame Clémence MUND (INI)
- Madame Sandie NICOLAS (INI)
- Monsieur Jacky HANSER (INI)
- Madame Brigitte PHILIPPOT (INI)
- Monsieur Eric LOJACONO (INI et représentant des personnels)
- Madame Sophie ROBERT (INI)
- Le commissaire en chef de 2^{ème} classe (ESR) Gilbert DENEUX (INI)
- Monsieur Gilles BERDA (INI)
- Monsieur Fabien CLAEYS (INI)

13. Annexes

13.1 Annexe 1 – Un fonctionnement dédié inter-établissements

Un fonctionnement dédié inter-établissements



30/05/2016

Projet INI / MGI PLOTTON

28

13.2 Annexe 2 – La C2RBO, un dispositif inter-établissements

La C2RBO, un dispositif inter-établissements :

- opérationnel
- de pilotage

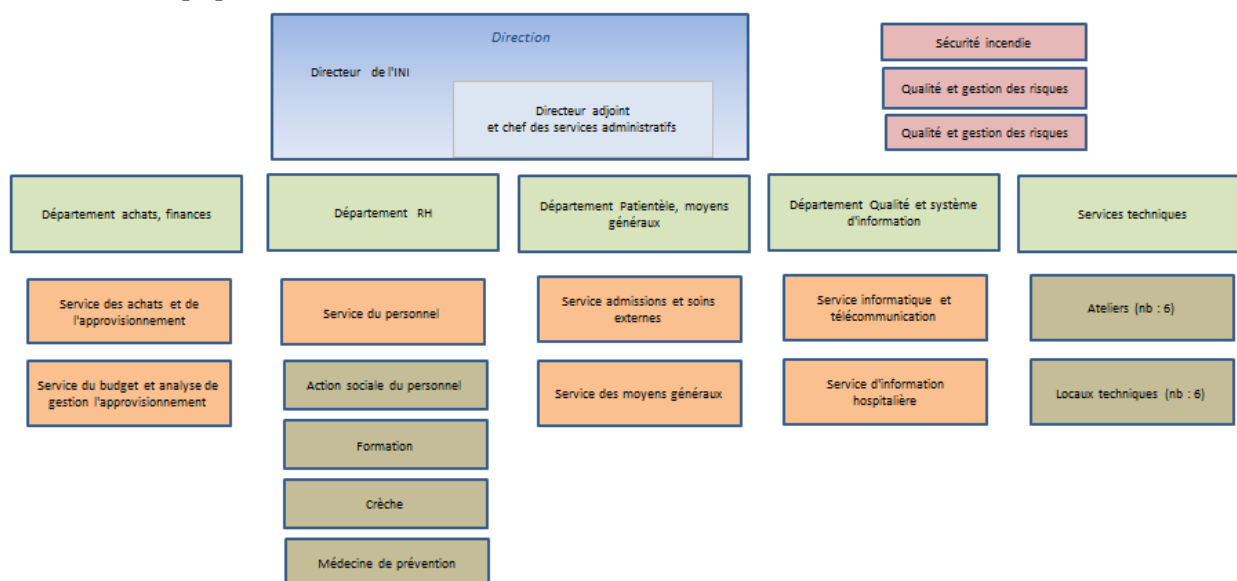


13.3 Annexe 3 – Les actions d'économie d'énergie

Postes	Actions à mener
Eclairage	Utilisation de lampes à faible consommation ; Eviter le sur-éclairage dans les locaux ; Optimisations de la lumière naturelle ; Allumage et adaptation de l'intensité d'éclairage par gestion technique centralisée (GTC)
Chauffage	Eviter le surdimensionnement des ouvrages ; Choix de technologies performantes pour un meilleur rendement des équipements ; Réfection partielle ou totale des isolations (clos et couverts) pour limiter les déperditions ; Maitrise de la ventilation.
Eau Chaude Sanitaire	Réfection de la boucle d'eau chaude sanitaire partielle ou totale afin de prévenir toutes fuites sur le réseau ; Mise en place d'une régulation optimale ; Etudier les possibilités d'utilisation de pompes à chaleur pour le chauffage ou le préchauffage.
Ventilation / Climatisation	Réduction du temps de fonctionnement ; Utilisation de moteur à vitesse à variable ; Fonctionnement des centrales d'air en air recyclé ou tout air neuf en fonction des périodes d'activités.
Production de froid	Choix de technologies performantes ou innovantes comme le stockage de froid, la trigénération ou la production de froid par absorption.
Actions tarifaires	Favoriser l'utilisation de gros consommateurs en heures creuses (programmation du chauffage, ECS); Installation de « batteries de condensateurs » en aval des ouvrages électriques pour absorption de l'énergie réactive (pénalité financière si celle-ci devient trop importante). Dans le cadre de déréglementation des tarifs d'énergie électrique, réévaluation de la puissance globale requise pour souscription d'une puissance adaptée, en vue de l'élaboration d'un marché de fourniture d'énergie électrique.

13.4 Annexe 4 – L'organigramme des services administratifs et logistiques

Organigramme (situation existante)



Organigramme cible

