



**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours
« Management des Organisations
Soignantes »**

PROJET MANAGERIAL

**« Conduite d'un projet de redéfinition des
missions du Centre de Soins de Suite et de
Réadaptation »**

ECUE 3.2

Dominique Letourneau - Isabelle Robineau-Fauchon

Karen PICOT
Année 2016/2017

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants du **Master 2 Management Sectoriel Parcours « Management des Organisations Soignantes »** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Isabelle ROBINEAU-FAUCHON et Monsieur Dominique LETOURNEAU, référents professionnels, pour leur présence, leur soutien et leurs précieux conseils tout au long de ce travail.

Je remercie également Mesdames Sandra MAUREL, Sandrine MISIGOÏ et Françoise PASQUEREAU, cadres de santé à l'Institut Camille Miret, pour leur confiance, leur soutien et leur accompagnement.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de l'équipe du centre de soins de suite et de réadaptation de Bretenoux pour leur participation aux groupes de travail qui a rendu cet outil concret pour l'élaboration de ce projet managérial.

Un remerciement tout particulier à l'ensemble de l'équipe d'intervenants de l'ESM pour le partage de leurs savoirs et leurs conseils.

Une pensée affectueuse pour la promotion M2 MOS 2016-2017, qui a été un véritable moteur grâce à une solidarité déployée tout au long de l'année.

Enfin, je tiens à honorer mon époux et mes trois enfants qui n'ont jamais cessé de me soutenir malgré une année difficile et mon manque de disponibilité à leur égard.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	p.4
INTRODUCTION	p.6
1 – UN PEU D’HISTOIRE	p.8
1.1 Histoire et culture des soins de suite et de réadaptation	p.8
1.1.1 Les fondements des SSR	p.8
1.1.2 Histoire du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation, maison « Notre Dame »	p.11
1.2 Les ressources, 20 ans de réformes	p.12
1.2.1 Evolution du financement des établissement de santé	p.12
1.2.2 D’un financement global à un financement prospectif	p.14
2 - PRESENTATION DU CONTEXTE	p.17
2.1 L’institut Camille Miret	p.17
2.1.1 Des fondateurs à aujourd’hui	p.17
2.1.2 Son emplacement géographique	p.18
2.1.3 Sa restructuration	p.18
2.1.4 Le projet associatif	p.18
2.1.5 Les structures de l’association	p.19
2.2 Le centre hospitalier Jean-Pierre Falret	p.19
2.2.1 Les ressources financières	p.20
2.2.2 Les ressources humaines	p.21
2.2.3 Les instances représentatives du personnel	p.22
3 - ETAT DES LIEUX & ANALYSE DE L’EXISTANT POUR UN DIAGNOSTIC AU SEIN DU CSSR	p.24
3.1 Le CSSR depuis 2013	p.24

3.2	Connaissance du terrain dans son quotidien	p.26
3.2.1	La dimension politique	p.27
3.2.2	La dimension fonctionnelle	p.27
3.2.3	La dimension culturelle	p.32
3.3	Connaissance du territoire et des attentes des partenaires	p.34
3.3.1	Des indicateurs nationaux aux indicateurs du CSSR	p.34
3.3.2	L'enquête	p.37
3.3.3	Les résultats de l'enquête	p.37
3.3.4	La conclusion des résultats	p.41
4	LES PRECONISATIONS	p.43
4.1	Trois scénarii	p.44
4.1.1	Un SSR polyvalent avec un axe de spécialisation	p.45
	Sur le plan matériel	p.46
	Sur le plan des ressources humaines	p.47
	Concernant les coûts	p.48
	Sur le plan éthique	p.49
	Point de vigilance	p.49
4.1.2	Un SSR spécialisé : la psychiatrie	p.49
	Sur le plan matériel	p.51
	Sur le plan des ressources humaines	p.51
	Concernant les coûts	p.51
	Sur le plan éthique	p.52
4.1.3	Un établissement médico-social	p.52
	Sur le plan matériel	p.54
	Sur le plan des ressources humaines	p.54
	Concernant les coûts	p.55
	Sur le plan éthique	p.56
4.2	Un scénario addenda	p.56
	Sur le plan matériel	p.57
	Sur le plan des ressources humaines	p.57
	Concernant les coûts	p.57
	Sur le plan éthique	p.58
5	LE DEPLOIEMENT DU FUTUR PROJET	p.59
5.1	La promotion du projet	p.59
5.2	L'implication des acteurs	p.60

5.3 L'évaluation de « l'acceptabilité » du projet	p.61
5.4 Les impacts d'une redéfinition des missions	p.62
5.4.1 Les risques psycho-sociaux	p.62
5.4.2 La Gestion Prévisionnelles des Emplois et des Compétences	p.64
5.5 Pérenniser les transformations	p.65
CONCLUSION	p.66
BIBLIOGRAPHIE	p.67
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

- AHQ** : Agent Hôtelier Qualifié
- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CE** : Comité d'Entreprise
- CFDT** : Confédération Française Démocrate du Travail
- CGT** : Confédération Générale du Travail
- CHG** : Centre Hospitalier Général
- CH JP Falret** : Centre Hospitalier Jan Pierre Falret
- CHSCT** : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CROSS** : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
- CSSR** : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
- DAC** : Dotation Annuelle Complémentaire
- DAF** : Dotation Annuelle de Financement
- DG** : Dotation Globale
- DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DIM** : Département d'Information Médicale
- DMA** : Dotation Modulée à l'Activité
- DMI** : Dispositif Médical Implantable
- DP** : Délégué du Personnel
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ESP** : Etablissement de Santé Public
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- FEHAP** : Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privés
- FHP** : Fédération de l'Hospitalisation Privée
- GHM** : Groupe Homogène de Malades
- GHS** : Groupe Homogène de Séjours

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GME : Groupe Médico-Economique

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

ICM : Institut Camille Miret

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MERRI : Mission d'Enseignement de Recherche de Référence et d'Innovation

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MO : Molécule Onéreuse

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OQN : Objectifs Quantifiés Nationaux

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Plan Régional de Santé

PSPH : établissement Privé participant au Service Public Hospitalier

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SIM : Service d'Information Médicale

SRoS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SRoMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

INTRODUCTION

J'exerce la fonction de cadre supérieur de santé du pôle de gérontopsychiatrie et du centre de soins de suite et de réadaptation depuis janvier 2016. Il s'agit de ma première expérience à ce titre. Je dois préciser également que ce poste est resté vacant pendant l'année précédant mon arrivée, la cadre du « pôle sud » du département le gérait par intérim.

Le pôle de gérontopsychiatrie accueille des patients âgés présentant des troubles cognitifs démentiels et/ou des troubles psychiatriques de survenue récente chez des patients de plus de 75 ans à type de dépression ou de troubles anxieux. Ces prises en charge se font sous forme d'hospitalisation complète ou de jour, et en ambulatoire.

Les deux unités « d'hospitalisation complète » situées sur le site de Leyme sont adossées à des hôpitaux de jour (au nombre de 3) et à des équipes ambulatoires de gérontopsychiatrie (au nombre de 5) répartis sur l'ensemble du département.

Le CSSR accueille des patients en post chirurgie devant bénéficier de soins et d'accompagnement pour recouvrer leur autonomie en vue d'un retour au domicile ou dans un lieu de vie. Il est également habilité à faire des soins palliatifs, un lit est dédié à cette prise en charge. L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Il est situé sur la commune de Bretenoux. C'est cette spécialité qui fait l'objet de ce projet managérial.

Si notre système de santé français est reconnu comme l'un des plus performants et des plus accessibles au monde, il est également l'un des plus coûteux.

Comme une vingtaine d'autres pays avant elle, la France a introduit le principe de la tarification à l'activité depuis 2005 pour les secteurs de médecine, chirurgie et obstétrique. Dans une volonté d'assurer un système de financement cohérent entre les différents modes de prise en charge, elle étend aujourd'hui ce modèle de financement aux soins de suite et de réadaptation.

Cependant, à l'heure où les ressources financières sont amoindries, alors que le personnel soignant exprime son désarroi et que les restructurations sont légions, il est raisonnable de s'interroger sur l'avenir du système de santé et sur sa soutenabilité économique.

L'établissement de soins de suite et de réadaptation dans lequel je travaille n'échappe pas à la règle. C'est pourquoi ce projet managérial part de ce postulat afin de questionner son avenir, l'évolution de ses missions et son équilibre financier. Malgré les efforts déjà entrepris et les implications des équipes

soignantes, des évolutions sont nécessaires. Ainsi cette étude s'appliquera à analyser les besoins de prise en charge et de coopération avec les partenaires afin de produire des prestations de santé adéquates.

Toutefois, il nous appartiendra de ne pas tomber dans les biais du paiement prospectif qui consisterait à privilégier certains soins plus rentables au détriment des besoins réels de la population du bassin de santé.

Cet établissement doit se transformer, c'est incontestable, sinon il ne survivra pas. La question est comment ?

Pour tenter de répondre à cette question, j'adopterai un rôle de consultant, c'est-à-dire que je m'attacherai à identifier et analyser les problèmes pour mettre en place des solutions. Pour ce faire, je m'appuierai sur les recommandations issues de l'expérience, de la littérature et sur un diagnostic de la situation.

1 UN PEU D'HISTOIRE

Dans un premier temps, je vais vous présenter l'histoire des SSR, ses évolutions dans ses missions, puis plus spécifiquement le SSR « Notre Dame » et ses transformations jusqu'à la reprise de cette structure par l'Institut Camille Miret (ICM) en 2013. Ensuite j'évoquerai les réformes du financement des établissements de santé.

1.1 Histoire et culture des soins de suite et de réadaptation

1.1.1 Les fondements des SSR

La naissance de la réadaptation arrive après la première guerre mondiale. Les mutilés de guerre suscitent le respect et la considération. A défaut d'accéder à des soins techniques, l'aide apportée concernera deux dimensions :

- La réadaptation au sens d'une aide à la réinsertion afin de leur permettre de retrouver une place dans la vie sociale ;
- Le développement de la prothèse.

À partir de 1933, le concept acquiert un sens thérapeutique par l'ajout du terme « fonctionnelle » avec l'apparition des premières techniques telles que les massages, l'électrothérapie, etc.

Le véritable développement de la réadaptation aura lieu au lendemain de la seconde guerre mondiale. Le contexte de cet essor ne sera plus la prise en charge des mutilés de guerre, mais l'attention portée aux victimes de la longue épidémie mondiale de poliomyélite. Selon la définition de Claude Hamonet¹ : « *La Médecine Physique a rassemblé, durant cette époque qui débuta juste après la seconde guerre mondiale, une somme considérable, d'apparence confuse, de méthodes et de techniques non médicamenteuses, non chirurgicales, qui font, depuis, et désormais, inéluctablement partie de l'arsenal de la médecine de rééducation et de réadaptation. Ce fut la prise de conscience de l'importance de l'utilisation des phénomènes physiques en thérapeutique* ».

Parallèlement, une nouvelle spécialité médicale, voit le jour aux Etats-Unis à l'université de New York, en 1947, sous le nom de « Rehabilitation Medicine » à l'initiative de Howard Rusk.

¹ Médecin anthropologue, professeur de médecine physique et ré-adaptative, spécialiste du Syndrome d'Ehlers-Danlos et référent sur la notion de handicap.

En France, il faudra patienter plusieurs décennies pour que la spécialité soit pleinement reconnue. Retenons trois dates :

- le 4 août 1965 : publication de l'arrêté portant création du Certificat d'Etudes Spécialisées de « Rééducation et réadaptation fonctionnelle. »
- l'année 1969 qui marque l'entrée de la « Rééducation Fonctionnelle » dans le Comité Consultatif des Universités et premier concours d'Agrégation.
- le 7 mai 1973 : Décret instituant la spécialité médicale de « Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle » en application de l'article 12 du décret du 28 novembre 1955 portant Code de Déontologie médicale.

Puis, la loi de 1970 qui instaure la carte sanitaire met en place un découpage de l'espace géographique visant la mise en place d'un plateau technique minimum au sein de chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers.

La loi de 1991 définit les missions des établissements de santé à savoir assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Les soins sont définis comme suit : les soins de longue durée et les autres soins ; ces derniers étant eux-mêmes subdivisés en soins de courte durée et en Soins de Suite ou de Réadaptation dispensés dans le but de réinsertion : c'est la création des SSR.

Cette loi renforce le contenu de la carte sanitaire, et prend en compte la dimension régionale. Elle est établie « *sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales. La liste des activités qui ne peuvent être exercées sans autorisation* » (L.712-19) comprend la réadaptation fonctionnelle.

Voici une première référence réglementaire donnant un statut particulier à cette catégorie du moyen séjour.

Enfin, une circulaire parue en 1997² explicite les fonctions et les principes organisationnels des SSR.

Cinq fonctions :

- la limitation des handicaps physiques ;
- la restauration somatique et psychologique ;
- l'éducation du patient et éventuellement de son entourage ;
- la poursuite et le suivi des soins et du traitement ;
- la préparation de la sortie et de la réinsertion.

² Circulaire DH/Eo4/97 n° 841 du 31/12/1997.

Quatre principes d'organisation :

- la continuité des soins (coordination avec le court séjour et les acteurs extrahospitaliers sanitaires et sociaux) ;
- la proximité (plus ou moins prévalente selon la nature de l'activité et la spécialisation des plateaux techniques) ;
- la réinsertion sociale, familiale et professionnelle ;
- le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Cette circulaire précède la publication de nouveaux textes une dizaine d'années plus tard.

L'année 2008 marque un tournant dans l'organisation des soins de suite, de rééducation et de réadaptation avec la publication de décrets relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement de ces activités³. Jusque-là, cette activité était organisée en soins de suite d'une part, et en rééducation et réadaptation fonctionnelle d'autre part. Ces activités étaient désignées sous le terme « moyen séjour ».

Le SSR s'inscrit entre « le court séjour » et l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Les patients sont admis soit par admission directe, soit par transfert d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social. Les prises en charge s'articulent autour de surveillance médicale et de soins en lien avec un projet de soins individualisé réalisé lors d'une évaluation médico-sociale.



4

Selon la définition de la FHP⁵, « L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. »

Un SSR assure les missions sanitaires de soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de rééducation et de réadaptation ; d'actions de prévention et

³ Code de la santé publique – section 11 – Art. R. 1112-58, R. 6122-25, R. 6123-118 à 126 Décret n° 2008-377 et 2008-376 du 17/04/2008.

⁴ FHP. Les SSR c'est quoi. [Consulté le 20/12/16]. Disponible : www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi

⁵ Fédération de l'Hospitalisation Privée.

d'éducation thérapeutique ; de la préparation et de l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. Ces missions sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie ou de travail.

A l'égard des besoins croissants de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population ce secteur connaît un développement continu. En outre, la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie contribue à le solliciter toujours davantage. On comprend mieux pourquoi ce secteur représente un point stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée ou secteur médico-social. Les SSR constituent donc aujourd'hui les pivots des filières de prise en charge, dont ils assurent la fluidité.

Objectifs des missions :

- *« À travers la rééducation, les SSR aident le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.*
- *Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, les SSR assurent la réadaptation du patient. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et à pouvoir les contourner autant que possible.*
- *Au-delà des soins médicaux et après stabilisation de l'état de santé du patient, les SSR ont pour objectif final d'assurer sa réinsertion. Pour lui garantir une réelle autonomie, dans sa vie familiale et professionnelle, les établissements vont le rapprocher au maximum des conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.*
»⁶

1.1.2 Histoire du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation, maison « Notre Dame »

D'abord école au service de l'éducation des jeunes filles (de 1843 à 1913), la maison « Notre Dame » sera ensuite au service de l'Évangile de 1913 à 1924 (Catéchisme – Patronage – Visite aux familles et aux malades).

L'immeuble sera ensuite vendu à Melles Charlotte et Anne Borel, Sœurs Marie Charles et Sœur Saint Raphaël qui le loueront entièrement à Mr le Curé de Bretenoux.

De 1924 à 1944, la maison « Notre Dame » sera au service des victimes de la guerre avec une capacité d'accueil de 12 places.

⁶ Définition de la FHP. Les SSR c'est quoi. [Consulté le 20/12/16]. Disponible : www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi

De 1944 à 1956, elle sera au service du Diocèse de Cahors qui le reconvertira en maison de retraite pour les prêtres âgés, malades et sans famille.

Puis la maison de retraite est déclarée par décret : Centre Hospitalier. De 1956 à 1994, il sera au service des malades. L'Association de la Cère est créée et obtient l'agrément de la maison de repos et de convalescence par la sécurité sociale, la caisse de prévoyance, les anciens combattants. Des Travaux d'agrandissement permettront une extension de 18 lits.

Suite à la réforme hospitalière de 1996⁷, la maison de repos et de convalescence devient CSSR (Centre de Soins, de Suite et de Réadaptation) et dépend de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Midi-Pyrénées. On assiste à un renforcement de la médicalisation par l'embauche de médecins, d'infirmières, de kinésithérapeutes, d'aides-soignantes, ... et à une modernisation de l'ensemble de l'établissement.

1.2 Les ressources, 20 ans de réformes

1.2.1 Evolution du financement des établissements de santé

La France a connu de nombreuses réformes concernant le financement des établissements de santé.

La période d'après-guerre voit naître le « prix de journée » instauré en 1946. La sécurité sociale vient d'être créée en 1945 et repose sur l'idéologie d'une solidarité. Ce financement s'appuie sur le principe d'un tarif à la journée d'hospitalisation et d'hébergement établi par le préfet du département. Malheureusement il engendre des effets inflationnistes car plus les médecins hospitalisent, font des actes et maintiennent le patient à l'hôpital, plus le prix de journée pour l'année suivante est confortable. Ce financement entraîna une évolution croissante des dépenses hospitalières et une grande inégalité de traitement des établissements.

Ce mode de financement perdurera jusqu'en 2005 pour les établissements de santé privés à but lucratif qui facturent directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les agences régionales de l'hospitalisation.

Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité.

⁷ L'ordonnance du 24 avril 1996 engage la suppression des petites maternités et des services de chirurgie qui n'ont pas la capacité de satisfaire à l'exigence de sécurité (effectif médical). Cette réduction est fréquemment compensée par une augmentation des lits de moyen et long séjour.

Pour les établissements de santé publics (ESP) et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) vient ensuite la loi du 19 janvier 1983. Son objectif est de ralentir la forte croissance des dépenses hospitalières en les encadrant. Elle modifia radicalement le financement des hôpitaux en substituant au prix de journée une Dotation Globale (DG) de financement (enveloppe à caractère limitatif). Ce financement annuel, reconduit sur la base du budget de l'année précédente et modulé d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières, ne s'appuie pas sur l'activité de l'hôpital et vise à réduire la dérive des établissements à garder inutilement des malades.

Cette disparité entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif d'une part, les établissements privés à but lucratif d'autre part, rendait difficile toute comparaison des coûts entre les deux secteurs, empêchant par la même toute coopération.

Parallèlement, des mesures de contrôle qualitatives sont venues enrichir ce dispositif par le biais de l'accréditation⁸ avec la signature de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et de l'évaluation avec la création d'un Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Autorisé par une circulaire du 5 août 1986 et rendu indispensable par la loi du 31 juillet 1991 le PMSI permet de constituer une banque de données d'information hospitalière et d'en extraire des Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui ont subi des traitements analogues, auquel est associé par la suite son pendant financier : un (ou parfois plusieurs) Groupe Homogène de Séjours (GHS). Cette méthode avait pour finalité de connaître l'activité réelle de l'établissement et d'envisager plus tard un tarif selon les activités de soins.

La planification sanitaire du début des années 1970, avait permis de rationaliser le nombre de lits d'hospitalisation. Cette mesure quantitative s'est ensuite élargie aux équipements et à l'activité hospitalière.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a renforcé ce principe de contrôle à travers la création des comités et schémas régionaux d'organisation des soins (CROSS et SROS).

Des décrets d'application issus de cette loi précisent que « *les budgets hospitaliers seront adaptés en fonction de la variation d'activité de chaque établissement, variation d'activité mesurée à partir d'indicateurs médicalisés* » les établissements doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'Etat et à l'assurance maladie « *les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité* »⁹ et doivent « *mettre en œuvre des système d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prises en charge* ».

Dès lors, chaque établissement doit nommer un médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) ou du Service d'Information Médicale (SIM).¹⁰

⁸ Ordonnances du 24 avril 1996.

⁹ Article L6 113-7 à 8 du CSP.

¹⁰ AMINOT-VEZARD I. « Le financement des établissements de santé » : In : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 17/01/2017.

1.2.2 D'un financement global à un financement prospectif

La réforme actuelle, la « tarification à l'activité » (basée sur le recueil PMSI) était initialement une expérience effectuée entre 2000 et 2005 dans des établissements pilotes. Mais devant l'aggravation des dépenses hospitalière, sa mise en œuvre est intervenue dès 2004.

Toutefois, le mécanisme de montée en charge de la réforme a été conçu de façon différente pour le secteur privé (ex OQN) et le secteur public (ex DG). En effet, lors de la mise en place de la réforme, il a été choisi de prendre en compte les règles de gestion spécifiques de chaque secteur, afin de leur permettre de s'adapter du mieux possible au nouveau dispositif.

Pour le secteur privé, le passage à la réforme a été géré par l'application d'un coefficient de transition devant atteindre la valeur 1 en 2012 afin, qu'à cette date, l'ensemble des tarifs régionaux soit aligné sur le tarif national.

Le secteur public, quant à lui, a bénéficié d'un mode de transition différent avec le maintien d'une part de dotation annuelle résiduelle, complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI (cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008). Cela a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ». A dater du 1er janvier 2008, les activités de MCO étaient valorisées à 100% des tarifs et la DAC supprimée.

Néanmoins, les établissements devaient disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont ils auraient disposé dans le dispositif auparavant en vigueur (c'est-à-dire un montant de recettes issu d'une part de l'application des tarifs et d'autre part d'une DAC). Pour répondre à cette exigence, un mécanisme de coefficient de transition a été mis en place, permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100% T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes. Ce coefficient spécifique a été calculé pour chacun des établissements, avec pour objectif l'application de la T2A à 100% en 2012 (les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1).¹¹

Cette réforme constitue un changement de paradigme, avec une volonté de financer les établissements de santé sur la base de l'activité (tant en volume, qu'en contenu) et de pouvoir les comparer entre eux. Son principe repose sur une harmonisation des modes de financement et une convergence intersectorielle, une plus grande lisibilité pour l'ensemble des acteurs, un pilotage plus efficace par une meilleure connaissance des coûts et par une médicalisation des financements et enfin une mise en place progressive avec le souci du respect des spécificités de chaque secteur.

¹¹ Ministère des affaires sociales et de la santé. Financement des établissements de santé. [Date de la dernière mise à jour du site : le 05/10/16]. [Consulté le 20/12/16]
Disponibles : <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Aujourd'hui, la T2A constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics (ex DG) et des établissements privés (ex OQN).

Les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

Le prix de chaque activité et les règles de facturation en T2A sont fixés chaque année par le ministre chargé de la santé et paraissent au Journal Officiel pour application au 1^{er} mars de l'année en cours. La liste des médicaments ou des dispositifs médicaux implantables facturables en sus font également partie d'une parution au Journal Officiel au fil de l'eau, en fonction des besoins.

Ces tarifs reposent sur les mécanismes suivants :

CHAMPS	FINANCEMENT T2A	FINANCEMENT HORS T2A
MCO	Basé sur les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) → les séjours ou séances sont répertoriés via des groupes homogènes de malades (GHM) qui donnent un ou plusieurs GHS. (Le GHS, est en réalité le tarif applicable à un GHM donné).	Les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) et les MERRI viennent en sus. Certains dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MO) sont facturables en sus. Les honoraires pour les établissements de santé privés à but lucratifs.
HAD	Basé sur les Groupes Homogènes de Tarifs (GHT) principe du « tout compris » basé sur un forfait pour une journée de prise en charge compte tenu de la durée de la prise en charge, de l'intensité des soins et du degré de dépendance.	
SSR ¹²	Basé sur les groupes médico-économiques (GME) → principe d'un forfait par séjour. Deux échelles + un socle : dotation pluriannuelle basée sur le case-mix ¹³ GME	Les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) viennent en sus. Certains dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MO) sont facturables en sus.

¹² A la suite de préconisations formulées par les fédérations hospitalières, la ministre des affaires sociales et de la Santé, Mme Touraine a souhaité intégrer une plus grande forfaitisation des prises en charge pour refléter davantage l'activité sur des durées de prise en charge plus longue. Le nouveau modèle de financement se dessine autour d'un compartiment principal « activité » et de 3 compartiments complémentaires « plateaux techniques spécialisés », « molécules onéreuses » et « MIGAC/MERRI ». Ce 4^{ème} compartiment, qui reconnaîtrait le rôle d'intérêt général des SSR, est indispensable pour tenir compte de l'ensemble des missions dévolues aux structures depuis 2008. L'objectif est de traiter de manière équitable tous les secteurs, dès lors qu'ils remplissent les mêmes missions, et de compenser des activités spécifiques qui ne pourront être couvertes par des tarifs (la réinsertion professionnelle, la scolarisation des enfants hospitalisés pour une durée plus ou moins longue en SSR).

Ministère des affaires sociales et de santé. Prises en charge spécialisées. [Publié le 08/03/2016]. [Consulté le 26/01/17]

Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

¹³ Le case-mix désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés.

Le Champ d'application de la réforme, limité dans un premier temps à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique, s'étend désormais aux SSR à partir de mai 2017.

Ce secteur est en effet inversement proportionnel à son poids financier. Souvent petites, les structures sont donc assez fragiles et nécessitent un financement sécurisé, ainsi qu'un revenu minimum. Le point d'entrée doit donc être non pas la pathologie mais les caractéristiques du patient lui-même, combinant degré de dépendance et intensité de la réadaptation.

A l'instar de ce qui s'est passé dans le champ MCO, sa mise en application va se faire de façon progressive. Le 30 septembre 2016, le comité de pilotage SSR en Ile-de-France et le comité de pilotage SSR à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qui siégeaient simultanément, annonçaient un système transitoire visant à sécuriser le financement des établissements.

Le décret d'application paru le 08 avril 2017¹⁴, détaille les modalités de financement de la dotation modulée à l'activité (DMA) des SSR. La mise en œuvre de cette nouvelle dotation s'échelonnait sur cinq ans. La première année, la quote-part minoritaire sera de 10 %, avec un coefficient de transition positif ou négatif à 1 % pour limiter l'impact financier. L'objectif annoncé est un financement complet en DMA pour la campagne tarifaire 2022. Le coefficient de majoration qui prend en compte la dépendance des patients s'achèvera à cette date. Ce coefficient sera dégressif sur les cinq ans. Il sera déterminé grâce « *au nombre et à l'intensité des actes de rééducation et de réadaptation réalisés par chaque établissement l'année précédant son application* ».

Pour résumer :

Avant la T2A : ressources allouées aux établissements reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente : moyens déconnectés de l'évolution de l'activité.

Avec la T2A : ressources calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes.

La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé constitue un enjeu majeur au regard de l'augmentation des besoins et de la raréfaction des ressources.

¹⁴ Décret n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. [Consulté le 11 avril 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/6/2017-500/jo/texte>

2- PRESENTATION DU CONTEXTE

2.1 L'Institut Camille Miret

2.1.1 Des fondateurs à aujourd'hui

L'Institut Camille Miret est l'héritier de la maison de Santé Mentale fondée en 1835 par Joseph Xavier Tissot dit Frère Hilarion, frère de la congrégation de Saint Jean de Dieu, dans l'ancienne abbaye cistercienne de femmes installée à Leyme sous l'impulsion de la famille Cardaillac en 1213.

Hilarion prônait la valeur du travail au grand air et de la liberté pour le traitement des aliénés. C'est dans ce but qu'il acheta l'ancienne abbaye et ses terres qui porta successivement les noms de :

- ❖ Asile médico-agricole de Leyme
- ❖ Maison agricole de Leyme
- ❖ Maison de santé, pour les personnes des deux sexes, atteintes de folie.

Au début du XXème siècle, sa prospérité (on y venait même d'Espagne) amena un Directeur de l'époque, Monsieur Camille Miret à construire de nouveaux locaux accolés à l'abbaye. Les thérapeutiques d'alors cantonnaient les malades dans l'enfermement de l'asile qui recevait, outre les malades mentaux, tous ceux qui étaient rejetés par la société (handicapés mentaux, épileptiques, personnes atteintes d'affections neuro-dégénératives, personnes âgées atteintes de démences et dépendantes).

Ce n'est qu'en 1952 que l'arrivée des psychotropes et des nouvelles formes de psychothérapies permirent d'envisager peu à peu des traitements ambulatoires et d'espérer la réadaptation sociale de certains malades mentaux. Plus tard, le développement des alternatives à l'hospitalisation accompagna celui de la sectorisation.

En 1976, l'association loi 1901 est créée sous le nom de « Fondation Camille Miret ». Elle prend en charge la gestion et le fonctionnement de l'établissement à la place de la « S.A Maison de santé » qui restera, par ailleurs, propriétaire des bâtiments jusqu'en 1985, date à laquelle le département deviendra à son tour le propriétaire.

En 1977, l'établissement est admis au service public hospitalier par décret n° 77-1207 du 14 octobre 1977. En 1986, par arrêté préfectoral, l'établissement se voit confier la responsabilité des secteurs psychiatriques du département du Lot comprenant deux secteurs adultes et un secteur infanto-juvénile.

En 1992, suite à la loi du 23 juillet 1987 sur les fondations, la « Fondation Camille Miret » devient « l'Institut Camille Miret » et l'établissement sanitaire situé

sur la commune de Leyme prend alors le nom de « Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret » en hommage à un éminent psychiatre du XIX^{ème} siècle originaire du Lot.

2.1.2 Son emplacement géographique

L'Institut Camille Miret se trouve sur le village de Leyme, petite commune rurale située au nord-est du département du Lot. Composée de 997 habitants¹⁵, sa superficie s'étend sur 1016 hectares avec une altitude allant de 407 à 616 mètres.

Elle se trouve à 27 kilomètres de Figeac (sous-préfecture du lot), 55 kilomètres de Gourdon et 75 kilomètres de Cahors, préfecture du Lot.

L'Association met prioritairement son action au service de la population du Lot et des départements limitrophes.

Leyme vient du latin « eremus » qui signifie lieu désert.

2.1.3 Sa restructuration

Le projet d'établissement de 1994 restructure l'hôpital, modifiant la capacité de 800 lits à moins de 300. Les patients sont réorientés vers des structures mieux adaptées à leur situation en secteurs médico-social, social et hospitalier.

A ce jour, après de nombreux regroupements de structure depuis 2012 (institut médico éducatif, service de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation) l'ICM compte plus de 500 lits et places et gère 1080 salariés. D'autres projets sont en cours, notamment l'intégration d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Tous ces regroupements répondent aux missions des nouveaux principes de gouvernance relatifs à la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) dont un des objectifs est de mieux coordonner les missions du sanitaire et du médico-social.

2.1.4 Le projet associatif

L'association est au service des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques et des personnes en situation de handicap mental ou psychique.

¹⁵ Recensement fixé en 2009 et publié en 2012.

Le dernier projet associatif de 2007 (en cours de réécriture actuellement) précise que la prise en charge s'effectue « *quels que soient la cause, l'âge, la situation sociale* », qu'elle intervient pour « *soigner, faciliter et favoriser la réadaptation, l'autonomie et l'intégration dans la société, grâce à des modalités diversifiées et innovantes, avec une volonté de respecter les situations des personnes et de permettre de garder dignité, autonomie et intégrité* ».

2.1.5 Les structures de l'association

L'ensemble des structures de l'ICM sont sous la responsabilité du Directeur Général. Cette association est régie par la convention collective nationale 51.

L'ICM gère trois types de structures :

- Sanitaire : centre hospitalier Jean-Pierre Falret (CHJPF), participant au service public hospitalier autour duquel s'articule tout un réseau de structures alternatives à l'hospitalisation et le centre de soins de suite et de réadaptation. Le thème de ce projet managérial porte sur cet établissement, je détaillerai plus particulièrement son organisation dans le chapitre suivant.
- Médico-social : deux maisons d'accueil spécialisée (MAS), une Annexe Enfants polyhandicapés, un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques (SAMSAHP), deux Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un Accueil thérapeutique de jour et une Plateforme départementale pour les aidants, un institut médico-éducatif (IME), un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et un ESAT sans murs.
- Social : le foyer occupationnel et deux résidences sociales.

En 2016, l'ICM compte 15 établissements (dont 2 établissements sanitaire et 13 établissements médico-sociaux) contre 5 en 2009. L'intégration en 5 ans de 2 établissements sanitaires et de 10 établissements médico-sociaux n'a pas été accompagné d'une évolution du projet associatif global depuis 2007.

2.2 Le centre hospitalier Jean-Pierre Falret

Le centre hospitalier Jean-Pierre Falret est un établissement privé qui adhère à la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privés (FEHAP).

Spécialisé dans la mission de santé mentale, il a développé une offre de soins complète, hospitalière et ambulatoire, s'adressant aux populations des différents âges de la vie. Il compte 249 lits et places autorisés répartis sur les bassins de vie du Lot.

Une organisation en pôle a été mise en place dès 2004 et renforcée cette année avec des délégations de pôle mieux formalisées. Cette modalité d'organisation a pour finalité de mieux répondre aux exigences de proximité pour une meilleure prise en charge. La volonté est de rapprocher la décision de son lieu d'exercice.

Il est organisé en cinq pôles, de la manière suivante :

PÔLES	TERRITOIRE COUVERT
46GO1 : Psychiatrie générale adultes Sud	Bassins de santé de Cahors et de Gourdon
46GO2 : Psychiatrie générale adultes Nord	Bassins de santé de Saint-Céré et Figeac
46IO1 : Inter secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile	Ensemble du département
46ZO1 : Inter secteur de gérontopsiatrie et CSSR	Ensemble du département
46Z02 : Dispositif Intersectoriel Adultes	Ensemble du département

Le projet d'établissement 2013-2017 du centre hospitalier Jean Pierre Falret en lien avec le CPOM comporte 8 axes stratégiques :

1. Les soins sans consentement,
2. L'activité ambulatoire,
3. Les activités de pédopsychiatrie,
4. La prise en charge de gérontopsychiatrie,
5. La coordination avec les acteurs sociaux et médico-sociaux,
6. L'hospitalisation à domicile,
7. Les co-morbidités psychiatriques,
8. La réhabilitation psycho-sociale.

2.2.1 Les ressources financières

Le centre hospitalier dispose d'une dotation annuelle de financement (DAF). Elle est généralement notifiée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) aux alentours du mois d'avril. Cette dotation est modulée par un taux directeur indexé sur l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) qui doit suivre l'évolution du coût de la vie ainsi que le GVT (Glissement Vieillesse et Technicité), et les éventuels projets en cours.

En 2015, la masse salariale représente 81,58% du budget de l'établissement (la masse salariale brute est de 32 426 386 € et les dépenses totales de personnel s'élevaient à 51 018 030 € au 31/12/2015).

La DAF du CH JP Falret s'est réduite de -0,2 % en trois ans et ne couvre plus les moyens nécessaires au fonctionnement. Ces manques de financement engendrent des déficits depuis 2014. La DAF se réduit de -1,4 % en 2015 pour se stabiliser en 2016 (+0,3 %). La dotation globale initiale attribuée par l'ARS en 2016 était de 36 307 849 €. Son taux directeur modifié de 0,69 % a permis d'obtenir une dotation annuel finale de 36 558 582 €¹⁶.

Cette situation de baisse se constate également sur le CSSR avec -0,8 % en 2014 et -1,8 % en 2015 et une revalorisation de +0,6 % en 2016. Le CSSR doit changer de mode de financement au mois de mai 2017.

Ces manques de financement engendrent des déficits qui devraient s'établir fin 2016 à près de -1 M€

Ajoutons aux ressources financières le bénéfice d'un crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS). Ce nouveau dispositif est destiné depuis le 1er janvier 2017 aux organismes sans but lucratif (analogue au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) dont bénéficient les entreprises depuis 2013). Il vise à préserver la compétitivité du modèle associatif. Les associations et organismes sans but lucratif bénéficient d'un crédit d'impôt de taxe sur les salaires assis sur tout ou partie des rémunérations versées au cours de l'année civile. Ce crédit d'impôt s'applique aux rémunérations versées à partir du 1er janvier 2017. Les rémunérations sont prises en compte dans la limite de 2,5 fois le Smic soit 44 408 € par an. Les majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires ne sont pas prises en compte¹⁷.

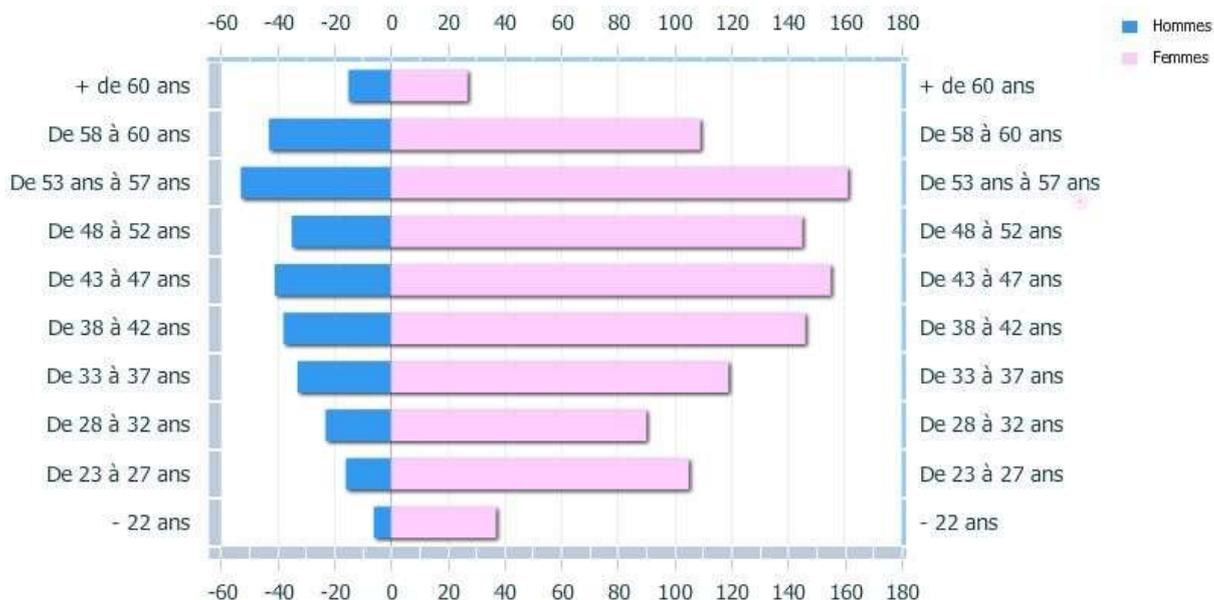
2.2.2 Les ressources humaines

Le bilan social 2015 fait état de 1080 salariés au 31 décembre 2015 (1002,54 ETP rémunérés), dont 629 soignants.

78 % des salariés représentent du personnel féminin.

¹⁶ Annexe 1 : « évolution DAF psychiatrie EPRD 2016 » présentée au CA du 21/05/2017.

¹⁷ Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Crédit d'impôt de taxe sur les salaires. [Date de mise à jour du site : le 25 janvier 2017]. [Consulté le 11 avril 2017]. Disponible : <http://www.associations.gouv.fr/credit-d-impot-de-taxe-sur-les-salaires.html>



La pyramide des âges représentée ici pour l'ensemble des personnes présentes au cours de l'année 2015 (hors IME et SESSAD) fait apparaître très clairement la faible proportion d'hommes au sein de l'établissement. D'ailleurs nous pouvons noter que la population masculine est toujours vieillissante contrairement à la population féminine.

2.2.3 Les instances représentatives du personnel

Les syndicats :

Il existe au CH JP Falret des organisations syndicales. Elles sont chargées de défendre les intérêts communs de la profession qu'elles se donnent pour mission de représenter. Les deux syndicats majoritaires au CH JP Falret sont la CGT (Confédération Générale du Travail) et la CFDT (Confédération Française Démocratique du Travail).

Les délégués du personnel :

Créés par la loi du 16 avril 1946, les délégués du personnel (DP) sont élus dans les établissements de plus de 10 salariés, ils sont chargés de veiller à l'application des lois et conventions collectives applicables à l'entreprise. Ils ont pour missions de présenter à la Direction les réclamations individuelles et collectives relatives aux conditions de travail. On retrouve leur origine dans la mise en place des délégués ouvriers en 1936.

Le comité d'entreprise :

Créé par l'ordonnance du 22 février 1945, le comité d'entreprise (le CE existe dès lors que l'entreprise compte au moins 50 salariés) exerce un pouvoir décisionnel dans le domaine social, et un pouvoir consultatif dans le domaine économique puisqu'il est l'organe d'expression collective des salariés. Il est chargé d'informer le personnel, d'émettre des avis et de gérer les œuvres sociales. Depuis la loi du 28 octobre 1982, le financement des services propres au CE est assuré par une subvention de fonctionnement versée par l'employeur et fixée à 0,2 % de la masse salariale brute de l'année en cours. Une contribution patronale d'environ 1 % de la masse salariale brute de l'entreprise est versée pour le financement des activités sociales et culturelles.

Le comité d'entreprise et les délégués du personnel constituent les deux instances essentielles permettant aux salariés d'intervenir dans le fonctionnement de l'entreprise.

Nous verrons dans les chapitres suivants le poids qu'ils ont pu exercer dans la mise en place de ce projet.

On retrouve dans l'organisation de l'ICM un commandement hiérarchique, une vision « taylorienne » du système attribuant les responsabilités et décisions de façon verticale.

3- ETAT DES LIEUX & ANALYSE DE L'EXISTANT POUR UN DIAGNOSTIC AU SEIN DU SSR

3.1 Le CSSR depuis 2013

Depuis le 1er janvier 2013, le CSSR polyvalent « Notre Dame », situé sur la commune de Bretenoux, est géré par l'Institut Camille Miret, association d'intérêt général à but non lucratif. Cette structure ainsi que l'HAD (hospitalisation à Domicile) ont été reprises dans une situation de déficit budgétaire. Plusieurs établissements se sont portés repreneurs¹⁸. Notre Institution ayant un projet de créer une unité cognitivo-comportementale (UCC) sur le pôle de la gérontopsychiatrie, un SSR était indispensable. En effet, le cahier des charges très strict pour la création d'une UCC stipule que celle-ci doit être rattaché à un SSR. Enfin l'association a la volonté de diversifier ses champs d'intervention afin de proposer une offre de soins complète aux patients et usagers.

La fusion-absorption de l'association la Cère de Bretenoux a donc été acté. Le transfert des agréments avait pour but de revitaliser ces structures en difficultés en profitant de la dimension départementale de l'ICM pour faciliter le développement de l'activité. Les difficultés les plus prononcées concernait le service d'Hospitalisation à Domicile qui était maintenu à l'équilibre depuis plusieurs années par des dotations exceptionnelles accordées par l'ARS. Les déficits récurrents avaient cependant affaibli la trésorerie de l'établissement et ses équilibres financiers. Lors de la reprise des deux structures, l'ARS avait affecté des crédits exceptionnels et non reconductibles d'un montant total de 790 000 € pour prendre en charge les déficits antérieurs et permettre de redresser leurs situations financières au 1^{er} janvier 2013¹⁹.

Assurant une offre de soins de proximité, cette structure de 30 lits (dont 1 lit identifié soins palliatifs) accueille en priorité des Lotois et des habitants du bassin « Vallée de la Dordogne ». Les soins prodigués relèvent de la rééducation orthopédique, traumatologique, neurologique ou cardiaque. La population accueillie est âgée et poly-pathologique avec des temps de récupération plus longs ce qui a pour conséquence des durées moyennes de séjour d'environ 1 mois. Environ 300 patients sont accueillis chaque année.

Cette structure possède en outre un agrément de 4 places relevant de la sphère sociale. Historiquement, ces places étaient destinées à l'accueil des prêtres et ne sont actuellement plus utilisées. Néanmoins l'agrément reste d'actualité et peut dans l'avenir représenter une piste dans l'évolution des missions.

La structure est établie sur un bâtiment de deux étages (les chambres sont au 1^{er} et 2^{ème} étage et le poste de soins infirmiers et les salles de kinésithérapie sont au rez-de-chaussée).

¹⁸ Le centre de convalescence de Montfaucon et le centre hospitalier Jean Pierre Falret.

¹⁹ L'HAD avait perçu 451 746 € en compensation des déficit antérieurs et 125 459 € en ressources complémentaires affectées en report à nouveau pour l'aide à la reprise. Le CSSR avait perçu 212 795 €.

Elle est équipée d'un dossier patient informatisé.

La dernière certification a eu lieu en janvier 2016. La décision de mai 2016, classe le CSSR en B²⁰, avec des recommandations d'amélioration.

L'équipe se compose de la manière suivante :

- 2 médecins généralistes (ETP = 1,60)
- 1 cadre supérieur de santé (ETP = 0,20)
- 1 cadre de santé (ETP = 1)
- 11 infirmières (ETP = 11)
- 14 aides-soignantes (ETP = 13)
- 8 agents hospitaliers qualifiés (ETP = 8)
- 3 secrétaires (ETP = 2,60)
- 1 diététicienne (ETP = 0,20)
- 2 kinésithérapeutes (ETP = 1) non-salariés de l'établissement, ils interviennent par conventionnement
- 1 assistantes sociales (ETP = 0,20)
- 1 agent de service technique (ETP = 0,80)

Lors de la reprise des deux structures de Bretenoux en 2013, l'Agence Régionale de Santé avait alloué une enveloppe financière pour compenser le déficit de l'HAD. Malheureusement, trois années plus tard, l'activité de cette structure n'a pas suffi pour être viable et nous avons dû faire une cessation d'activité en février 2016²¹. Seul le CSSR subsiste avec un déficit fin 2015 qui s'élève à 280 925 € pour un budget annuel total de 1 813 800 €.

La Direction a fait une demande d'abondement auprès de l'ARS afin de le résorber. Fin décembre 2015, la Direction Générale de l'Offre de Soins a refusé en argumentant que prochainement les SSR seraient soumis à la tarification à l'activité et qu'il était nécessaire que ces structures apprennent d'ores et déjà à gérer autrement leur enveloppe financière. Aujourd'hui le CSSR reçoit une dotation annuelle de financement et ce quelle que soit l'activité produite. A partir de 2017, ces établissements recevront une enveloppe de base calculée en fonction de « *la moyenne de l'activité de soins réalisée au cours des deux années précédant l'année en cours* ²² » (années 2015 et 2016) pour 90 % et les 10 % restant seront indexés à l'activité. L'activité de l'année 2015 était inférieure à 90%, il est alors impératif que celle de 2016 soit supérieure. Il est très probable que la tarification à l'activité réduise notre dotation, sachant que celle-ci est déjà inférieure à la moyenne nationale.

La Direction des établissements de santé, en concertation avec la Direction des soins, m'a confié la mission d'un retour à l'équilibre de cette structure dès la fin de l'année 2016 afin de ne pas subir le passage à la

²⁰ Scope santé. CSSR Notre Dame. [Consulté le 20/01/2016].

Disponible :

<http://www.scopesante.fr/#/etablissements/460006083//0/1.8433765/44.9173526///8/3/0/>

²¹ Sur les 14 salariés de l'HAD, 8 ont été reclassés sur des postes de l'ICM et 6 ont refusé un poste et ont décidé de porter leurs revendications en justice, sollicitant des licenciements économiques. Le climat social est tendu et génère des inquiétudes pour les salariés du SSR.

²² Décret n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. [Consulté le 11 avril 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/6/2017-500/jo/texte>

T2A de façon trop brutale et de ne pas mettre en péril la pérennité du CSSR.²³

Les problématiques qui se posent alors sont les suivantes :

Comment allier équilibre financier avec efficacité et qualité de soins ? En d'autres termes, comment accompagner au changement dans un contexte de mesures d'économie tout en gardant du sens dans la prise en soins des patients ?

Quels seront les impacts de la réforme du financement du SSR sur le fonctionnement pratique des équipes médicales et soignantes ?

Comment adapter les missions du SSR à une gestion budgétaire fondée sur l'activité ?

Pour mettre en place des actions efficaces, il est nécessaire de connaître les missions de la structure et ses organisations. Ce n'est qu'avec cette connaissance (de cause) que nous pourrons prendre les bonnes décisions.²⁴

3.2 Connaissance du terrain dans son quotidien

A la reprise de la structure en 2013, la cadre supérieure de santé d'alors, en collaboration avec la direction des ressources humaines, avait constaté que certains salariés effectuaient des tâches qui n'étaient pas en conformité avec leurs qualifications²⁵. Il a donc été nécessaire de réaliser une cartographie des métiers²⁶ et de mettre en regard les tâches qui étaient réalisées.

La cadre supérieure de santé, en lien avec le contrôleur de gestion, a mis en regard la qualification professionnelle qui figurait sur le bulletin de paie et la fonction réelle exercée dans l'unité. Plusieurs situations ont révélé un décalage entre les situations de travail, l'activité réalisée et la qualification. Trois personnes exerçaient des fonctions d'aide-soignante sans avoir le diplôme. Au regard de leurs compétences et de leur expérience, il leur a été proposé de bénéficier d'une formation d'aide-soignante, mais elles ont décliné cette proposition et fait le choix de rester sur des fonctions d'agent hôtelier qualifié (AHQ).

La même situation s'est présentée concernant les secrétaires.

Enfin une infirmière a été nommée cadre de santé et a été accompagnée dans ses fonctions par la validation d'un master 1.

²³ Annexe 2 : Lettre de mission

²⁴ Annexe 3 : note de cadrage

Annexe 4 : diagramme de Gantt projet managérial

²⁵ Selon le répertoire de métiers

²⁶ Annexe 5 : cartographie des métiers.

Cette étape étant déjà réalisée, je me suis attachée à comprendre d'où venait ce déficit et quels étaient les leviers pour le résorber. L'objectif étant de construire une démarche de changement organisationnel en tenant compte des dimensions politique, fonctionnelle et culturelle.

3.2.1 La dimension politique

Nous sommes contraints par des nouvelles normes budgétaires fortes, de rigueur et de contrôle. La recherche d'une plus grande efficacité par l'acquisition de nouvelles compétences est nécessaire pour ouvrir des perspectives d'évolution innovantes tant au niveau d'une vision organisatrice que d'une réflexion sur les missions de l'établissement.

Notre approche de la situation inquiète quelque peu les médecins qui, bien qu'ils comprennent les enjeux, s'inquiètent de l'ingérence de l'aspect économique dans leur approche du soin. Le cadre de santé est plutôt porteur mais est également inquiète. Son accompagnement dans l'accomplissement de cette mission est primordial, elle devra s'approprier sa fonction et affirmer son positionnement face à l'équipe. Le contexte économique s'impose à tous, mais le cadre de santé doit être la garante de la sécurité et de la qualité des soins. Elle devra susciter et animer la réflexion sur les pratiques professionnelles et les nouvelles organisations soignantes.

Quant aux équipes de soins, elles expriment un sentiment d'insécurité grandissant (notamment depuis la fermeture de l'HAD) et ont l'impression d'évoluer dans un climat social plus précaire. Enfin, les syndicats sont majoritairement contre voyant une rationalisation des dépenses et une mise sous tension de l'ensemble du personnel.

3.2.2 La dimension fonctionnelle

L'objectif est d'analyser les organisations afin d'identifier les causes potentielles de dysfonctionnement dans le but d'optimiser les organisations, de réaliser des économies tout en maintenant un niveau de satisfaction pour les patients et en gardant à l'esprit la qualité de vie au travail pour les soignants. La méthodologie utilisée s'apparente au Lean management²⁷ qui est institué d'une part sur les équipes de terrain, sur leurs capacités à identifier les problèmes et à trouver des solutions pour les résoudre, et d'autre part sur la réduction des gaspillages (de temps, de stock, de ressources...)

Les états de dépenses fin 2015 font apparaître une augmentation des dépenses de personnels, de médicaments, de laboratoire, de radiologie et de transport des patients, sans majoration du taux d'activité. Ajoutons également que les soldes de jours de congés non pris sont majorés (alors même que les effectifs de personnels ont augmenté). Ces stocks de congés représentent à eux seuls l'équivalent de 6 ETP et une provision de 40000 € sur l'exercice 2015. Une bonne proportion de ces jours représente des heures complémentaires (les équipes

²⁷ Le Lean management, introduit au sein des usines Toyota (Toyota Production System) au cours des années 70, est un système d'organisation assez complexe.

soignantes partent en retard au motif de ne pas avoir le temps de tout faire dans le temps imparti).

J'ai donc débuté ma prise de fonction par une phase d'observation et d'analyse de l'organisation, en suivant les équipes sur leur roulement pour mieux appréhender les difficultés de terrain. Comme l'écrit François Dupuy « *l'organisation ne se comprend pas par la simple lecture des règles. Celles-ci représentent l'aspect formel et théorique. Elle se perçoit par la compréhension de l'utilisation qu'en font les acteurs* »²⁸. Mon objectif est d'avoir une connaissance réelle de la situation, de ce qui doit retenir en priorité mon attention, pour pouvoir agir. En somme de faire un diagnostic sur le réel. Cette étape d'évaluation m'a permis d'observer les compétences en situation réelle de travail²⁹.

Parallèlement, avec l'aide du cadre de santé de la structure, nous avons choisi de co-construire avec les salariés concernés. Nous leur avons demandé, par catégorie professionnelle, de faire une liste des situations qui les mettaient en difficultés et de les prioriser par fréquence de survenue et par gravité. Les groupes devaient ainsi décrire précisément les situations selon un modèle de « fiche projet » qui décrivait la problématique, l'objectif que l'on cherchait à atteindre, les propositions d'actions à mettre en œuvre, l'échéance et les indicateurs de suivi. Ceci nous a permis d'identifier des axes de travail à partir de situations prévalentes et de les répertorier par catégories (logistique, organisationnelle...).

Concernant les AHQ, deux situations prévalentes les mettaient en difficultés :

- L'organisation en cuisine : elle était très chronophage, en termes de réception de la livraison des repas et de préparation à l'assiette de 30 repas différents. Nous avons également identifié une méconnaissance du logiciel des menus et régimes. Enfin le nombre de menus différents liés à des aversions ont été retravaillés en lien avec le médecin, le CLAN³⁰ et la diététicienne.
- Enfin une procédure « dégradée » a été mise en place afin de déterminer les priorités des tâches à accomplir lorsque l'effectif des AHQ est inférieur au fonctionnement habituel³¹, ce qui représente pour les professionnels une sécurité dans la prise de poste.

²⁸ François Dupuy « la faillite de la pensée managériale » lost in management 2, édition du seuil, 2015, Paris, 245 pages, chap.1, p 37

²⁹ « *La compétence est une mobilisation des savoirs en situation, elle ne se voit que dans l'activité dans laquelle on la mobilise. Elle n'est pas transférable* ». Marchand X. place de la notion de compétences dans l'organisation du travail. In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 28.10.2016.

³⁰ Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition est une sous instance consultative de la Commission Médicale d'Etablissement. Ses missions sont de conseiller pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et l'amélioration de la qualité de l'ensemble des prestations alimentation-nutrition. Enfin il impulse des actions destinées à résoudre des problématiques concernant l'alimentation et la nutrition.

³¹ L'effectif de fonctionnement est de 2 AHQ le matin et 2 AHQ l'après-midi. Cette procédure dégradée s'applique dès lors que l'AHQ d'après-midi se retrouve seul en poste. Elle permet de prioriser afin de maintenir les recommandations en hygiène hospitalière.

Concernant les aides-soignantes, les situations prévalentes concernaient :

- Le circuit du linge et le réajustement des dotations : nous avons abordé cette problématique du point de vue des recommandations en hygiène hospitalière (recommandation lors de la certification) et du point de vue ergonomique afin de réduire les déplacements et les ports de charge. Enfin les dotations ont été réajustées au regard des besoins, en collaboration avec le prestataire de la blanchisserie.
- La deuxième situation concernait l'organisation du rangement du matériel : en lien avec les professionnels, nous avons redéfini quel type de matériel allait dans quelle réserve (en fonction de son utilisation) et l'avons consigné par écrit dans une procédure.

Concernant les infirmières, les situations prévalentes ont été plus complexes à retravailler :

- La première problématique concernait la distribution des médicaments du matin. Les organisations mises en place de longue date engendraient la fin de distribution des traitements du matin vers 10h, ce qui représentait un laps de temps trop court avec celle du midi. Il a fallu identifier qu'elles faisaient en même temps les soins techniques, type pansements ou perfusions, afin de ne pas revenir plusieurs fois dans la chambre du même patient. Au-delà du problème d'efficacité du traitement en fonction de sa pharmacocinétique, le plus difficile à faire admettre aux infirmières a bien été celui du changement des habitudes de travail. Les groupe de travail ont permis de redéfinir cette organisation.
- Le deuxième point de fixation était celui du temps de transmission inter-équipe. La demi-heure prévue entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi se transformait systématiquement en 1 heure. Et dans un souci « de cohésion d'équipe » l'ensemble des professionnels restaient jusqu'à la fin. Là aussi, il a fallu redéfinir ce qui devait être dit ou pas pendant le temps de transmission. L'objectif de cette fiche projet étant de « structurer et de simplifier les transmissions et ainsi faciliter et améliorer l'organisation des soins ».

Parallèlement, de nombreux autres points ont été soulevés et ont nécessité un travail commun avec les médecins et le pharmacien concernant les horaires tardifs de prescriptions le soir et leurs traçabilités lors des astreintes, la composition pléthorique du chariot d'urgence, les horaires d'admission des patients...

A l'issue de l'ensemble des réorganisations, les infirmières ont proposé une réflexion sur la mise en place de nouveaux roulements : un groupe de travail a débuté sur ce thème au mois de novembre 2016. En parallèle, des recherches extérieures ont été menées afin d'alimenter les travaux à venir.

Des réunions d'information ont été programmées avec le concours du Directeur des établissements de santé et du Directeur des soins pour partager avec l'ensemble de l'équipe (médicale, administrative, soignante, technique, logistique...) les orientations et les objectifs : en effet nous partons du postulat que chaque salarié est acteur de la « performance » de l'établissement, cette

communication permettant à chacun de comprendre les enjeux dans lesquels il s'inscrit.

Les axes de travail définis plus haut et résultant :

- Des demandes des professionnels,
- Des observations issues de notre immersion dans l'équipe,
- Des recommandations de la certification,
- Des analyses des postes de dépenses

ont permis d'élaborer une stratégie et un plan d'actions.

Nous l'avons présenté sous la forme d'un diagramme de Gantt qui se déroulait sur toute la période 2016, accompagné d'un tableau de suivi d'actions³². Ces différents axes de travail ont donné lieux à plusieurs actions complémentaires :

➤ Des groupes de travail :

L'objectif est d'encourager l'expression des salariés au travers de groupe de travail, l'engagement collectif et concerté sur les organisations de travail nous a semblé être un levier pour l'implication et pour la qualité de vie au travail. Selon Christophe Dejourn³³, « *la coopération se définit par les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune* » cela implique des relations d'intercompréhension, de construction humaine, d'initiative de coopération, d'intentionnalité d'une action, de volonté, mais également d'obligation et de contraintes. François Dupuy³⁴ précise d'ailleurs que dès lors que les acteurs doivent travailler ensemble, « *ils perdent une part de leur autonomie protectrice. [...] ils passent à des relations dures, conflictuelles, basées sur la confrontation, liées aux situations de dépendance induites par la coopération* ».

➤ Un réaménagement des espaces de travail :

Celui-ci permet de favoriser d'une part les organisations et d'autre part la qualité de vie au travail. Il s'est traduit par des travaux d'investissement avec :

- L'aménagement de l'office avec une chambre froide afin de réduire la manutention des personnels.
- L'implantation du poste de soins au 1^{er} étage.
- Le local linge sale sera carrelé et ventilé afin de respecter les règles d'hygiène.

³² Annexe 6 : diagramme de Gantt axes de travail CSSR

³³ Dejourn Christophe. Coopération et construction de l'identité en situation de travail. [Mis en ligne mars 1993]. [Consulté le 11/02/2017].

Disponible : <http://1libertaire.free.fr/Dejourn19.html>

³⁴ François Dupuy « la faillite de la pensée managériale » lost in management 2, édition du seuil, 2015, Paris, 245 pages. Chap.2, p.58.

➤ Des mesures d'accompagnement des compétences à développer par de la formation :

- Une formation sur le logiciel des menus et régime : l'ensemble des professionnels concernés ont bénéficié de cette formation.
- Une formation sur « les transmissions ciblées » plus particulièrement à l'attention des infirmières.
- Une formation à l'attention du personnel administratif sur la T2A.

➤ La mise en place de nouveaux indicateurs de suivi :

Privilégier la simplicité et ne retenir que ceux indispensables au travail : suivi des dépenses pharmaceutiques, biologiques, d'imagerie médicale, de transport, du taux d'occupation³⁵, de ressources humaines...

➤ L'écoute des motivations et des craintes :

« La conduite du changement est avant tout la prise en compte et l'accompagnement des représentations ». ³⁶

Certaines étapes ont fait l'objet de négociations et parfois de conflits, notamment pour le corps médical à qui il a été demandé une grande rigueur dans la prescription d'actes complémentaires et dans le choix des dossiers de préadmission. Le cadre de santé a vu son rôle d'encadrement, de suivi des indicateurs et de contrôle s'intensifier. Elle a souvent été au cœur du dialogue avec les médecins et les équipes pour maintenir une certaine rigueur budgétaire. Les équipes, bien que parties prenantes dans les réorganisations, ont dû modifier leurs habitudes de travail tout en gardant à l'esprit la qualité des prises en charge des patients.

Ces conflits reposaient, pour la plupart, sur des critères de qualité de travail. Comme le suggère Yves Clot³⁷, il ne s'agit pas du conflit de personne ou du conflit social mais du conflit de critères sur la qualité de travail. Ces derniers sont normaux, et selon lui ce serait une « *naïveté sociale* » de croire que ceux qui dirigent et ceux qui sont en première ligne peuvent avoir des critères de qualité de travail qui se superposent. En revanche nier l'existence même de ce conflit constituerait le lit de la survenue de risques psychosociaux majeurs.

Toujours selon Yves Clot, deux voies possibles d'organisation permettent de faire face à ce conflit. D'une part, faire des procédures dont l'objectif est de simplifier le travail réel qui est compliqué. D'autre part favoriser le travail collectif, le collectif de travail pour dit-il « *arriver ensemble à débrouiller les nœuds du réel, pour enrichir les dilemmes, pour développer le métier, les ressources professionnelles. Pouvoir permettre et même inciter les professionnels confrontés*

³⁵ La cible de l'ANAP est de 85 %. Notre taux d'activité moyen de l'année 2015 était de 83.47 % notre objectif est de maintenir une activité supérieure ou au moins égale à 90% pour espérer obtenir une dotation correcte.

³⁶ Marchand X. Accompagner le changement. In : Créteil, Ecole Supérieure de Montsouris, Master 2 MOS, le 17/02/2017

³⁷ Clot, Yves. Yves CLOT nous parle des risques psychosociaux. [Ajouté le 20.01.2014] extrait du colloque "en a-t-on fini avec les risques psychosociaux ?" organisé par l'Aract Lorraine et le Cnam en Lorraine le 12 septembre 2013 à Metz. [Enregistrement vidéo] in : you tube. [Format MP3, 45'54"] Disponible sur : < <https://www.youtube.com/watch?v=N6kRiG2gvWY&noredirect=1> > (Consulté le 11/02/2017).

au réels, à rechercher les désaccords qu'ils ont sur la qualité du travail »³⁸. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire.

3.2.3 La dimension culturelle

Ces changements organisationnels ont mis en exergue une transformation culturelle de cette structure.

Selon Renaud Sainsaulieu, « la culture est véhiculée par les interactions qui se matérialisent par des relations de pouvoirs, des jeux d'acteurs et des systèmes de coopération dépendants des identités. Ce jeu social se cristallise au travers d'éléments structurels tels que l'organisation du travail (organigramme mais aussi attribution des ressources), l'ensemble des ressources mises à disposition par des moyens techniques et des systèmes de gestion ».³⁹

Cet établissement dont les missions d'origines étaient religieuses, au service des victimes de guerres puis des malades, se voit transformer au profit d'une culture d'une tarification prospective et d'un soin « rentable ». L'ensemble des acteurs doivent désormais porter des valeurs « d'activité », « d'efficience », « de contrôle ». Comme le souligne Xavier Marchand⁴⁰, les indicateurs ne doivent pas faire écran aux conditions de travail. C'est sur ce point que nous devons rassurer. L'intérêt que les individus trouvent dans le travail passe par les organisations de travail et le management des compétences.

Ces nouvelles normes d'engagement, devant en permanence être au carrefour de la qualité des prises en charges des patients et de l'intérêt économique de l'établissement, instaurent un nouvel état d'esprit.

Tout au long de ce projet nous avons travaillé dans une démarche projet. Nous nous sommes engagés à faire un suivi des impacts de cette réorganisation dès la phase de conception et tout au long du projet, en passant par des phases d'expérimentation, avant les mises en œuvre qu'il a fallu parfois réajuster. La fin de l'année 2016 s'est clôturée par un bilan positif pour aborder la réforme de la tarification puisque le déficit initial de - 280 925 € était ramené à - 24 € pour un budget annuel total de 1 813 800 €.

Les projections pour 2017, laissent penser qu'il n'y aura pas de variable sur la dotation financière malgré les nouvelles modalités. De plus, les indicateurs qualité (IPAQSS⁴¹) étant plutôt élevés, l'établissement devrait bénéficier d'une bonification au titre de sa dotation 2017. Toutefois à ce jour, nous n'en connaissons pas encore la teneur.

Si ces changements d'organisation sont une opportunité d'amélioration, il n'en reste pas moins une épreuve exigeante d'apprentissage pour les individus. Loin de vouloir créer des outils de coercition supplémentaires au travers

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Autissier D., Vandangeon-Derumez I., Vas A., « conduite du changement : concepts clés ». Paris : éditions Dunod ; 2010, p. 58.

⁴⁰ Marchand X. place de la notion de compétences dans l'organisation du travail. In : Créteil, Ecole Supérieure de Montsouris, Master 2 MOS, le 28.10.2016.

⁴¹ Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Une campagne nationale est réalisée tous les 2 ans.

d'indicateurs de performance et de reporting, ce projet vise avant tout l'implication et l'adhésion des acteurs.

C'est bien l'organisation du travail qui génère du bien-être ou de la souffrance au travail, il faut manager par les organisations et non par les individus eux-mêmes. C'est grâce à cela qu'on pourra générer de l'intérêt. Comme le souligne Xavier Marchand, la plus grosse motivation au travail est l'intérêt. L'organisation est porteuse d'un intérêt si elle génère des effets intéressants pour les acteurs. Si ce n'est pas le cas on s'y investit peu, mal ou pas.⁴²

Ce projet a nécessité beaucoup d'investissement et d'engagement en termes de réunions, de mise en place de groupes de travail, de remise en question des pratiques... La forte participation des équipes à travers un travail collaboratif a permis une satisfaction et un sentiment de reconnaissance dans les réorganisations, ainsi que l'acquisition de nouvelles compétences.

Si les solutions de réorganisation mise en place semblent avoir trouver un consensus d'acceptabilité pour le plus grand nombre, elles ont également heurté les représentations de certains. En effet, un des médecins qui ne se reconnaissait sans doute plus dans ce modèle a fait le choix de démissionner.

Enfin, durant toute cette période, les instances représentatives du personnel n'ont eu de cesse de remettre en question les actions mises en œuvre et les conditions de travail. Plusieurs questions en réunion des délégués du personnel ou du comité d'entreprise ont été soulevées :

- Dès le mois de janvier 2016, la perspective de réorganisation permettant de ne plus générer des dépassements d'horaires sera contestée ;
- Au mois de mars, le diagramme de Gantt présenté aux équipes du CSSR a été présenté en séance, ainsi que les étapes et les différents axes de travail retenus ;
- Au mois de mai, le CHSCT (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail) « *alerte la DRH sur la dégradation des conditions de travail* » ;
- D'avril à septembre, les questions des DP et du CE font états d'équipes AHQ au « *bord de la rupture* » malgré un recrutement pour compenser un arrêt longue maladie. Il est également question de « *burnout de l'ensemble du personnel* » dû à la réorganisation et au plan d'économie, de « *situation préoccupante* », de « *souffrance du personnel* », de « *point de non-retour* », de risque « *d'implosion de la structure* », de « *conditions de travail dramatiques et catastrophiques* ». À plusieurs reprises, une éventuelle demande d'expertise a été suggérée et ce malgré les difficultés financières de la structure. Pour répondre à toutes ces inquiétudes, les représentants du personnel ont été invités à assister à la réunion trimestrielle du 30 septembre en présence des salariés du CSSR.

⁴² Marchand X, « place de la notion de compétences dans les organisations du travail ». In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 28.10.2016.

- Au mois de décembre, une alerte est prononcée au regard des inquiétudes du personnel sur les éventuelles modifications d'orientation de la structure.

La demande principale des instances représentatives du personnel était de renforcer les effectifs pour améliorer les conditions de travail. Ce qui était impossible dans le contexte décrit précédemment. Malgré toutes ces doléances, nous avons toujours maintenu le même cap, dans le seul objectif de pérenniser la structure, en lien avec la mise en place de la T2A et sans perdre de vue les perspectives d'une éventuelle spécialisation de l'établissement.

Enfin, et dans le but d'avoir une vision globale des mesures d'économie, il est à noter qu'un poste de responsable logistique n'a pas été remplacé et que le recours aux CDD a été limité.

3.3 Connaissance du territoire et des attentes des partenaires

3.3.1 Des indicateurs nationaux aux indicateurs du CSSR

La spécialité des SSR représente un secteur assez concurrentiel. Selon les chiffres officiels⁴³, il y en aurait 1700 en France (dont une centaine destinée aux enfants et adolescents). Le département du Lot en comptabilise 9⁴⁴ (dont 3 rattachés à un CH, 1 rattaché à un CHR, 2 à une clinique, 1 à un centre de rééducation fonctionnelle, 1 indépendant).

⁴³ Ministère des affaires sociales et de santé. Soins de suite et de réadaptation – SSR. [Date de mise à jour du site : 08/03/16]. [Consulté le 26/01/17].

Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

⁴⁴ Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. [Date de mise à jour du site : 05/05/017]. [Consulté le 26/01/17.]

Disponible : <http://finess.sante.gouv.fr/finess/jsp/rechercheSimple.jsp>



C'est un secteur en pleine mutation mais notre positionnement sur le territoire est assez précaire. Comme je l'ai décrit précédemment, nous ne sommes rattachés à aucun centre hospitalier général, ce qui nous met dans une situation défavorable pour les orientations des patients. En effet, trois quarts des admissions ont lieu après un séjour hospitalier en médecine chirurgie obstétrique, le quart restant venant directement depuis le domicile personnel ou l'établissement d'hébergement.

Avec la mise en place de la nouvelle tarification à l'activité, il est à craindre que les hôpitaux fassent le choix de garder dans leurs propres SSR les patients plus « rentables » et nous adressent les autres.

Le CSSR de Bretenoux est de taille réduite : 30 lits, contre 69 en moyenne sur le plan national.

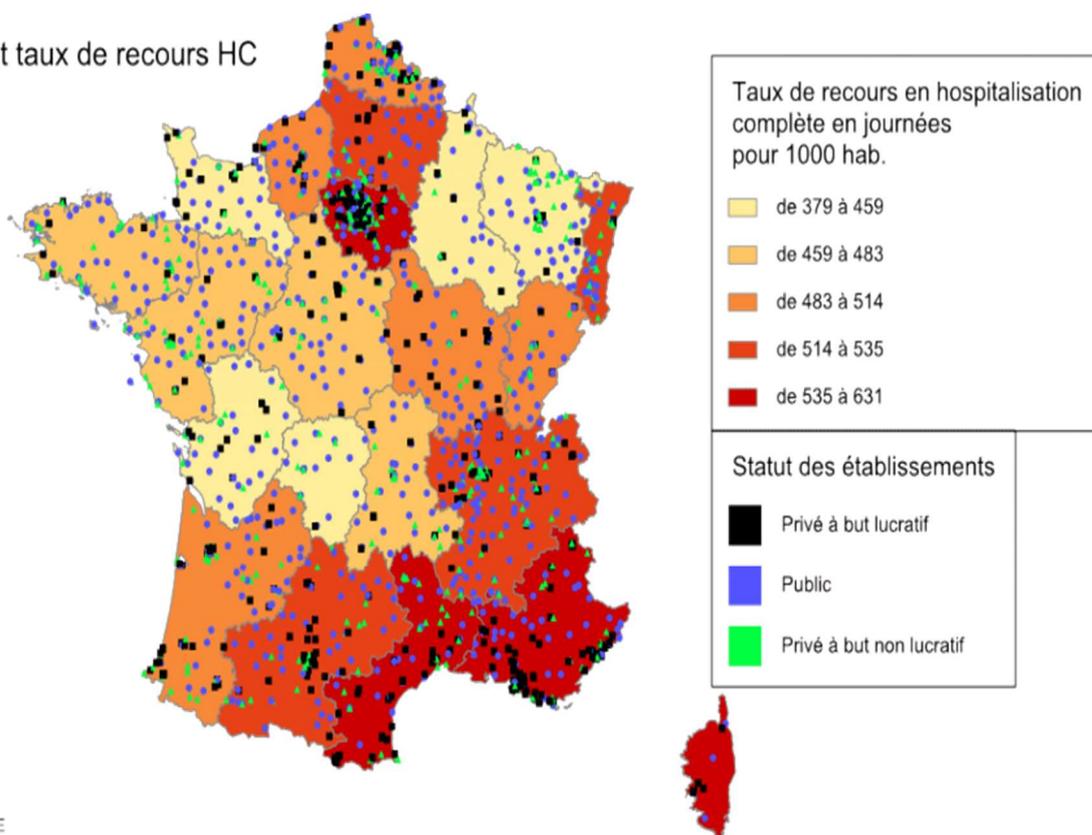
Ajoutons que nous ne possédons pas de plateau médicotechnique, ce qui nous conduit à externaliser tous les examens complémentaires.

Enfin, la population accueillie est âgée : la moyenne d'âge nationale des patients admis en SSR est de 75 ans contre 84 ans pour le CSSR de Bretenoux. Nous n'avons pas d'activité spécialisée. La spécialisation éventuelle des établissements de SSR requiert des compétences et des équipements spécifiques ce qui explique pourquoi notre démarche auprès de l'ARS pour obtenir le label « SSR à orientation personnes âgées poly-pathologique » n'a pas abouti.

Globalement, le nombre de journées totales réalisées en SSR ne cesse d'évoluer : il est ainsi passé de 35,9 millions en 2012 à un peu plus de 37 millions en 2014. Le CSSR de Bretenoux comptabilise 9231 journées d'hospitalisation pour 2016 (contre 9140 en 2015) avec un taux moyen d'occupation de 84,07 % en 2016 (contre 83,47 % en 2015)⁴⁵. Environ 950 000 patients sont accueillis et pris en charge chaque année en France : c'est une vraie réponse à l'évolution des besoins, en l'occurrence le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques.

Toutes activités confondues, la durée moyenne de séjour s'élève à 35,6 jours contre 33,15 jours pour le SSR de Bretenoux pour l'année 2016.

SSR par statuts et taux de recours HC



Source : PMSI 2013, ATIH, INSEE

Aujourd'hui, les modes d'accueil en SSR se diversifient au profit d'un accueil partiel (de jour, de nuit, en séance) correspondant à un peu plus de 15% des journées hospitalières. Leur financement connaît une évolution tout aussi significative, confirmant la volonté des pouvoirs publics d'accompagner, malgré le contexte économique, l'évolution des besoins. Les dépenses étaient de 7,3 Md€ en 2010 et de 7,8 Md€ en 2012 : elles avoisinent 8,4 Md€ en 2015.

⁴⁵ Annexe 7 : Indicateurs de suivi CSSR 2016

3.3.2 L'enquête

Si la partie précédente s'attachait à décrire les organisations et leurs évolutions, ce chapitre va permettre de comprendre et d'analyser ces organisations au sein d'un système.

Au-delà de la structure elle-même, de son fonctionnement et de ses acteurs, il est nécessaire de comprendre son environnement. Comme le décrit François Dupuy⁴⁶, il existe tout un réseau d'acteurs, qui ne sont pas liés par les organisations elles-mêmes mais par des interdépendances complexes. L'enjeu qui les réunit est ici la modification du financement des SSR.

Dans une logique d'adaptation à un environnement mais aussi afin de construire une stratégie pour se différencier de la concurrence, le SSR va devoir s'orienter et s'adapter. Ce raisonnement systémique plus complexe est aussi plus exigeant.

Je vais donc m'attacher à identifier les acteurs en jeu afin d'avoir une analyse la plus complète possible, pour que les préconisations envisagées soient les plus pertinentes et innovantes.

Pour ce faire, afin d'adapter au mieux nos missions aux besoins de la population accueillie, j'ai fait le choix de réaliser une enquête auprès de nos principaux partenaires.

Dans un premier temps, j'ai recensé les médecins ou établissements « adresseurs », en répertoriant toutes les demandes de préadmissions sur l'année 2016⁴⁷.

J'ai ensuite élaboré un guide d'entretien⁴⁸ dont l'objectif est :

- d'une part d'identifier le niveau de connaissance des partenaires concernant les missions du SSR, d'évaluer la représentation qu'ils en ont et de repérer leur implication et leur utilisation ;
- d'autre part et surtout, de connaître leurs besoins et leurs attentes en matière de prise en charge des soins post-aigus selon une approche populationnelle et territoriale qui tiendra compte de notre particularisme démographique.

3.3.3 Les résultats de l'enquête⁴⁹

Après avoir fait valider le guide d'entretien en janvier 2017 par la Direction des soins infirmiers, je me suis assurée de l'approbation de la Directrice des établissements de santé pour aller à la rencontre de nos partenaires. Au préalable, j'ai fait le choix de mener ce travail avec les deux cadres de santé concernés en

⁴⁶ Dupuy F. « La faillite de la pensée managériale » lost in management 2. Paris : éditions du Seuil ; 2015, 245 p. Chap. I - p.42 à 47.

⁴⁷ Annexe 8 : Principaux « adresseurs » CSSR 2016.

⁴⁸ Annexe 9 : Guide d'entretien.

⁴⁹ Annexe 10 : Synthèse des entretiens

leur soumettant le guide d'entretien fin janvier 2017 avant de le mettre en pratique courant mars.

J'ai ensuite ciblé les cinq principaux « adresseurs » pour constituer mon panel.

Au total, 10 professionnels, toutes catégories professionnelles confondues⁵⁰, ont répondu au questionnaire. Seul un des établissements ciblés n'a pas pris part à l'enquête.

Les réponses aux entretiens révèlent que :

- Les missions générales d'un SSR sont relativement bien identifiées :
6 personnes rencontrées citent les missions de rééducation et de réadaptation ;
4 citent la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale ou professionnelle ;
3 citent les soins médicaux, curatifs et palliatifs ;
3 citent la ré-autonomisation ;
2 des professionnels ont cité la mission de soins de suite ;
1 d'entre eux a pensé aux actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- Les missions du CSSR de Bretenoux sont en revanche moins bien identifiées :
Sur le premier CHG interrogé (notre principal « adresseur ») aucun des quatre professionnels rencontrés ne connaît nos missions précises, ni nos conditions d'exercice.
Le second CHG (le plus proche de nous géographiquement) a bien identifié nos missions de soins post aigu et de chirurgie orthopédique. En outre, il a également identifié nos motifs de refus, à savoir les troubles cognitifs, les troubles du comportement, les attentes de placement et les hospitalisations de répit.
Enfin sur le troisième CH, la cadre de santé ne différencie pas nos missions de celles citées en général. L'infirmière a identifié que nos prises en charge sont polyvalentes (absence de spécialisation).
Sur le quatrième CHG, une des professionnelles qui a l'habitude de travailler avec nous, pointe bien l'évolution des missions (elle connaît l'historique de notre structure). En revanche, les deux autres personnes nous attribuent encore ces missions de convalescence.
Trois des professionnels ignoraient que nous avons un lit identifié soins palliatifs.
- Concernant la satisfaction qu'ont nos partenaires de nos missions, 6 des réponses sont négatives, 1 est partiellement satisfait et 3 sont satisfaites :
Les besoins majeurs sont en matière de prise en charge en période aiguë et de prise en charge des patients présentant des troubles du comportement (pour ce professionnel interrogé, il y a un manque de cohérence dans ces refus alors même que nous dépendons d'un hôpital psychiatrique ayant les compétences pour prendre en charge ce type de patients). Enfin, certains pointent un manque de prise en charge de

⁵⁰ Praticien hospitalier, cadre de santé, infirmière coordinatrice, assistante de service social, infirmière.

kinésithérapie, voir un manque de personnel pour accueillir des patients « lourds ».

Concernant les motifs de satisfaction, les professionnels nous précisent que les retours des familles concernant nos prises en charges sont très positifs.

A l'issue de cette question, l'explication de nos missions et surtout de notre emplacement et de notre absence de plateaux technique a permis une meilleure compréhension des refus en particulier pour le service de neurologie.

- Les liens entre le CSSR de Bretenoux et les partenaires ainsi que les modalités d'adressage sont assez bien identifiés. En général, les établissements qui possèdent un SSR font appel à nous lorsque qu'ils n'ont plus de place sur leur site. Le logiciel Via Trajectoire® est connu et utilisé pour ceux qui l'ont (sinon les demandes de préadmission se font sur les supports papier ad hoc et sont ensuite faxées). Ce sont essentiellement les cadres de santé et le secrétariat qui sont les principaux interlocuteurs. Les contacts téléphoniques sont fréquents et restent un moyen de communication privilégié. Une des professionnelles précisera que les demandes de préadmission sont lourdes à remplir.

- Concernant la question relative au fait que notre CSSR soit approprié aux besoins de prise en charge, 6 des professionnels sont partiellement satisfaits et 4 sont satisfaits.
Les besoins de prise en charge semblent concerner de plus en plus des populations précaires qui n'ont plus de possibilité d'hébergement à la sortie de l'hôpital, soit par perte d'autonomie rendant un retour au domicile impossible, soit par précarisation avec perte de logement. Les prises en charge des troubles du comportement font également défaut.

- Concernant les évolutions souhaitées, tous les professionnels font état de besoins spécifiques non pris en charge dans l'offre de soins sur le bassin de santé actuellement. Cela concerne :
 - Pour 2 personnes : les prises en charge des troubles du comportement et des troubles cognitifs.
 - Pour 2 personnes : les attentes de placement, en particulier pour les patients en perte d'autonomie et dénutris.
 - Pour 2 personnes : la prise en charge de troubles nutritionnels (post chirurgie digestive type bypass ou sleeve et pour les personnes diabétiques).
 - Pour 2 personnes : la prise en charge cardiologique des personnes âgées.
 - Pour 2 personnes : les patients précaires relevant soit de problèmes sociaux, soit de l'addictologie. Pour la plupart ils sont sevrés mais n'ont plus de logement, ni de famille pour les héberger. Il manque une structure d'hébergement temporaire dans laquelle une équipe paramédicale pourrait assurer un étayage dans l'attente d'un logement et des démarches sociales. L'idée de place d'hébergement avec intervention d'une équipe ambulatoire semble être un bon parti pris.
 - Pour 1 personne : les prises en charge des plaies et pansements complexes avec consultation médicale et / ou infirmière. Cette prise en charge pourrait se faire en hospitalisation de semaine (du lundi au

vendredi) pour modifier le protocole thérapeutique du pansement. Cela permettrait également le renforcement des partenariats avec les EHPAD qui font beaucoup de pansements.

- C'est donc assez logiquement que 100 % des professionnels interrogés pensent que notre établissement devrait répondre à d'autres missions. Certains professionnels ont fait plusieurs propositions. A l'inverse, trois d'entre eux n'ont suggéré aucune piste de réflexion :
 - 4 préconisent de l'éducation thérapeutique (diabète, nutrition, maladie cardio-circulatoire).
 - 2 professionnels plébiscitent cette mission en post opératoire (chirurgie digestive type bypass et sleeve) pour de l'éducation thérapeutique nutritionnelle.
 - L'éducation thérapeutique à destination des personnes âgées concernant les suivis de cardiologie et de diabétologie est également citée à deux reprises.
 - A contrario, un des médecins rencontré n'y est pas favorable compte tenu du profil des patients sur le bassin de santé : selon son expérience, la population âgée est peu sensible à cette approche (« perte d'envie de changer ou de se priver à cet âge ») ;
 - 2 proposent la consultation mémoire ;
 - 1 personne est en demande de places d'hébergement temporaire, médicalisé ou non, pour les populations précarisées. Si ces places devaient être non médicalisées, il y aurait la nécessité d'un étayage par une équipe ambulatoire pour accompagner les personnes dans les gestes de la vie quotidienne, les démarches sociales et de réinsertion.
 - 2 personnes préconisent une prise en charge psychiatrique pour des patients suivis pour des conduites addictives.

- Enfin, à la question « quelle serait une prise en charge idéale en SSR ? » L'augmentation des durées moyennes de séjour (DMS), le défaut de structure ou de place d'aval font penser à certains professionnels qu'une unité de soins intermédiaire entre le court séjour et les SSR soit indispensable. En effet, ils ne peuvent plus répondre aux demandes de leur Direction de diminuer les DMS alors qu'il n'y a pas de fluidité dans le parcours du patient. Une des cadres de santé déplorera la perte de chance qu'entraîne l'augmentation des DMS, avec dit-elle une grabatisation de certains patients. Faute de place, ces patients restent en médecine où ils ne reçoivent plus de soins de rééducation, ils se grabatisent et finissent par être orientés en structure d'hébergement car ils ont perdu en autonomie durant leur séjour.
- Selon d'autres, une prise en charge idéale impliquerait de « baliser » le parcours avec un cadre mieux défini. Il devrait y avoir systématiquement un projet de soins fait à l'entrée comprenant le devenir, un contrat de durée de séjour de 3 semaines (ajustable en fonction de l'état clinique) et la recherche systématique du parti pris des familles.
- Pour finir, cette prise en charge idéale comporterait de la kinésithérapie deux fois par jour, une prise en charge nutritionnelle et une intervention d'un éducateur physique d'activité physique adaptée (APA). Ce dernier permettrait de libérer du temps au kinésithérapeute.
- Idéalement, une prise en charge comporterait plus de kinésithérapie pour 3 des personnes interrogées, plus d'orthophonie pour 2 personnes,

plus de personnel avec notamment des aides médico-psychologiques pour l'aide à la toilette et la reprise de l'autonomie pour 1 personne. Pour 3 personnes il faut du personnel adapté, pluridisciplinaire, formé et en quantité suffisante afin d'assurer une prise en charge globale (infirmière, aide-soignant, nutritionniste, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale).

Une assistante sociale proposera d'améliorer le quotidien des patients par des animations pour éviter qu'ils s'ennuient.

Une cadre de santé insistera sur les conditions de retour au domicile dans les meilleures conditions avec de l'éducation et un soutien psychologique. Pour les patients en soins palliatifs, elle propose de permettre un accompagnement du patient, de sa famille et de son entourage.

Enfin, une des professionnelles rencontrées soulignera la qualité du travail effectué au CSSR de Bretenoux et insistera sur la nécessité de pérenniser cet établissement.

Il est étonnant de constater que les propositions recensées concernant la prise en charge idéale ne mentionnent aucune des missions préconisées à la question précédente. On ne retrouve aucune corrélation. Les doléances relèvent essentiellement de moyens humains supplémentaires et de solutions de compensations qui viendraient réparer les difficultés de terrain actuelles.

3.3.4 La conclusion des résultats

L'analyse des données recueillies montre un défaut de prise en charge de certaines catégories de patients et confirme un besoin de faire évoluer nos missions. Cette évolution doit répondre à la fois aux besoins de prise en charge mais également au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

En outre, cette méthode permet d'anticiper les coopérations nécessaires par le biais notamment de convention de partenariat dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). En effet, depuis la loi de santé du 26 janvier 2016 les établissements publics doivent se réunir en GHT afin de « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée des patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualités* ». Notre établissement, de par son statut, n'est pas soumis à l'obligation d'intégrer un GHT. Néanmoins il paraît pertinent de s'associer avec certains établissements, sur le département ou sur les départements limitrophes, afin de renforcer notre coopération et de consolider notre partenariat dans les orientations des patients.

Dans un premier temps, L'ICM a fait connaître au GHT du Lot et au GHT du Limousin sa volonté de participer à leurs travaux. Ce département limitrophe représente un vecteur de recrutements de patients provenant du sud de ce territoire. Si nous sommes associés aux différents travaux concernant le GHT du Lot, nous n'avons à l'heure actuelle pas encore de réponse concernant le Limousin.

Ce diagnostic territorial ainsi que la réorganisation mise en œuvre au sein de l'établissement permettent à présent d'établir une stratégie pour déterminer

les options envisageables. J'ai fait le choix d'utiliser comme méthode d'analyse un SWOT⁵¹.

Cet outil est une étape essentielle entre l'analyse et la proposition des différentes orientations. Il me permet d'avoir une vision globale interne et externe de nos forces et de nos faiblesses. Il permettra également d'envisager les options qui s'offrent à nous et d'avoir la prise de décision la plus adaptée.⁵²

Analyse de nos atouts :

- En interne :

L'enquête a révélé que notre établissement est bien identifié sur le plan local (en revanche, les missions étaient moins bien repérées). L'équipe est expérimentée et reconnue pour ses compétences. Elle fonctionne avec cohésion et est souvent force de proposition.

Enfin le retour à l'équilibre financier nous permet d'aborder cette réforme plus sereinement.

- En externe :

Cette réforme de la tarification a servi de levier pour la Direction afin de rendre les organisations plus efficaces. Comme nous l'avons vu ce secteur est en pleine mutation, charge à nous de transformer cela en opportunité.

Analyse de nos faiblesses :

- En interne

Toutes nos stratégies devront tenir compte du fait que le CCSR reste une structure isolée d'un Centre Hospitalier et de son plateau technique. L'équipe semble déstabilisée et en perte de repères suite aux nombreuses réorganisations et aux perspectives d'évolution des missions. Le scénario retenu devra emporter leur appropriation et leur adhésion.

- En externe :

Le secteur est extrêmement concurrentiel. Nous ne maîtrisons pas ce changement de mode de financement : le personnel hospitalier n'est pas encore prêt. Nous avons surmonté nos difficultés contextuelles, mais nous devons rester très vigilants.

Quel que soit le scénario adopté, tout laisse à croire que ce sera au mieux à moyens constants.

⁵¹ L'analyse SWOT ou matrice SWOT est un outil de stratégie d'entreprise permettant de déterminer les options stratégiques envisageables. Le terme SWOT est un acronyme issu de l'anglais : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

⁵² Annexe 11 : Matrice SWOT

4. LES PRECONISATIONS

Éric Véchard⁵³ rappelle le cadre de la loi de la façon suivante, « L'Agence Régionale de Santé a un rôle de régulation de l'offre de santé à la fois dans la dimension territoriale pour une meilleure répartition de l'offre sur le territoire et dans la dimension économique pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses ».

Pour ce faire, La loi "*Hôpital, patients, santé et territoires*" du 21 juillet 2009 a confié aux ARS la mission d'élaborer un Projet Régional de Santé (PRS) pour 5 ans.

Le Plan Stratégique Régional de Santé de Midi Pyrénées 2012-2017 a pour ambition de :

- Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé⁵⁴ : et ainsi faciliter l'orientation de l'utilisateur dans son parcours de santé.
- La personne âgée et les patients atteints de troubles mentaux font partis des populations cibles du PSRS.

Ces deux catégories seront à prendre en compte dans le projet.

De plus, pour aller au-delà de l'accueil en SSR traditionnellement réservé à la rééducation, les agences régionales de santé souhaitent accompagner les structures dans la mise en œuvre de plans de santé publique (tels que les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs, l'obésité...) et dans la définition de parcours de soins pour les patients atteints de maladies chroniques.

Les ARS encouragent les nouvelles dynamiques notamment par la création de filières spécifiques et organisent plus rationnellement les liens avec l'amont des SSR (le court séjour hospitalier) et l'aval (le champ médico-social, notamment). Ainsi le développement de logiciels d'orientation des patients (Via Trajectoire®) témoigne de cette volonté. Ces outils apportent des données plus objectives sur la « circulation » effective des patients et les pratiques des établissements : disponibilité de l'offre, adéquation des placements, difficultés de sortie...

L'objectif de ces filières est de favoriser une meilleure répartition territoriale de l'offre de SSR en structurant des parcours coordonnés et accessibles de soins. Il permet également de favoriser les alternatives à l'hospitalisation complète.

⁵³ Véchard E., les approches territoriales des soins » : In : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 25/10/2016.

⁵⁴ ARS Midi-Pyrénées. « Les orientations du plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, partie 2, p. 17 à 47. [Consulté le : 26/01/2017]. Disponible : http://www.resomip.com/sites/resomip.com/files/images/psrs_midi-pyrenees_122012.pdf

4.1 Trois scénarii

L'évolution constante des contraintes et l'incertitude qu'elle engendre nous amène à envisager une adaptation ou une transformation des missions du CSSR.

L'enjeu est à présent de répondre le mieux possible aux besoins identifiés et ainsi proposer un service adapté aux nécessités de la population : quels sont les plus prégnants. On répond ainsi à la 3^{ème} priorité du PRS de Midi Pyrénées d'adapter l'offre aux besoins de santé⁵⁵. Cela se traduit par une réorganisation et une gradation de l'offre sur le bassin de santé.

Partant de ce constat, et pour ne pas me restreindre à un seul choix conformiste, je prends le pari audacieux de proposer trois scénarii⁵⁶ possibles. Selon Philippe Gabilliet, un choix conformiste « *porte souvent les habits de l'anticipation raisonnable, de la sage précaution, de la conformité à la norme et du socialement correct, au risque d'un terrible formatage existentiel et d'une mortelle autocensure* »⁵⁷. J'ai bien conscience des contraintes qui s'imposent à moi dans ces prévisions, mais j'entends « audace » au sens de celui qui « *ose, tente le coup, parie, mise, essaye, invente, innove, fait différemment* », au sens « *créatrice d'opportunités cachées* »⁵⁸ à des fins d'accroître le champ des possibles et en dépit des éventuels rebondissements, imprévus ou événements inattendus.

Selon Norbert Alter, « *on peut se préparer à agir de telle ou telle manière en fonction des circonstances inattendues, mais on ne peut jamais programmer la totalité des séquences du traitement de l'incertitude, de l'aléa, de la désillusion ou de l'accident* ». ⁵⁹ Selon Arthur Stinchcombe⁶⁰, « *l'incertitude caractérise les activités dont les variables définissant le résultat ont une forte variance [...] l'incertitude correspond à une situation dans laquelle on ne peut anticiper sur les conséquences d'une décision faute de disposer du nombre d'information suffisant pour assurer le traitement parfait des situation* ».

L'incertitude étant une des contraintes, je vais m'astreindre à détailler chaque scénario avec les ressources humaines, les coûts⁶¹, et les limites éthiques afin de faire une étude de faisabilité.

A partir des caractéristiques territoriales identifiées, il nous appartiendra de faire correspondre l'établissement aux besoins identifiés et de définir le meilleur scénario.

La finalité de cette démarche se veut être une aide à la décision pour apporter une réponse cohérente aux besoins de la population.

⁵⁵ *Ibid.* p. 48 à 75.

⁵⁶ www.larousse.fr : prévisions réalisées selon certaines hypothèses, et tenant compte de contrainte d'une situation économique, démographique, etc.

⁵⁷ Gallibiet P. « éloge de l'audace et de la vie romanesque », éditions Saint-Simon, 2015, Paris, 108 pages, prologue, p 11.

⁵⁸ *Ibid.*, chap.3, p. 39-40.

⁵⁹ Alter N, chap. 6 organisation et activité organisatrice. In : Alter N. L'innovation ordinaire. Paris : Presse Universitaire de France ; avril 2013. p. 181 à 184.

⁶⁰ *Ibid.* p. 181.

⁶¹ L'évaluation des coûts n'est pas exhaustive. Elle revêt un caractère d'estimation et non pas de simulation précise.

Cette probable évolution des missions du CSSR crée une incertitude supplémentaire. Cette incertitude empêchera peut-être les acteurs d'accéder à l'appropriation. Toujours selon Norbert Alter, « *les acteurs se trouvent entre deux états du développement de l'organisation, celui d'hier et celui de demain* »⁶².

4.1.1 Un SSR polyvalent avec un axe de spécialisation

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est un enjeu majeur de l'optimisation et de la structuration des parcours de soins. L'hospitalisation de jour représente une alternative intéressante afin de proposer des prises en charge adaptées aux patients.

Nous avons vu en introduction de cette partie que les ARS souhaitent accompagner les structures dans la mise en œuvre de plans de santé publique. Dans le Lot, la part des hospitalisations à temps partiel est très peu développée et ne représente que 0,63 % de l'activité contre 99,37 % en hospitalisation complète.

Compte tenu des résultats de l'enquête, nous pouvons développer une spécificité en hospitalisation à temps partiel telle que :

- La prise en charge nutritionnelle : celle-ci a une incidence directe sur les pathologies telles que les accidents vasculaires cérébraux ou l'obésité... Le diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées indique, concernant les « SSR Mentions affections du système digestif, nutrition », qu'il y a seulement 5 mentions spécialisées autorisées dans les affections du système digestif et endocrinien en hospitalisation complète sur les 6 possibles. Le Lot en est dépourvu. De plus, il n'existe aucune autorisation donnée en hospitalisation à temps partiel⁶³. Pour rappel, 4 soignants rencontrés lors de l'enquête préconisent de l'éducation thérapeutique (diabète, nutrition, maladie cardio-vasculaire). Ces 4 partenaires exercent dans les 4^{ème} et 5^{ème} établissements « adresseurs », ce qui représente 15 % des admissions en 2016.

Les médecins de notre structure ont des compétences dans ce domaine. Il serait alors intéressant d'envisager de faire ce type de prise en charge sous forme d'hospitalisation de jour, au cours de laquelle nous pourrions faire du dépistage de diabète par exemple et de l'éducation thérapeutique, thème souvent retrouvé dans les orientations.

- L'enquête réalisée montre également un besoin de prise en charge des plaies complexes. Pour une des personnes interrogées les prises en charge des plaies et pansements complexes avec consultation médicale et/ ou infirmière semble être un axe à développer. Ce partenaire exerce dans le 3^{ème} établissement « adresseur », qui compte 10 % des admissions en 2016.

L'hypothèse d'élargir cette consultation à de l'hospitalisation de semaine (du lundi au vendredi) a été énoncée. Enfin, le renforcement des partenariats

⁶² *Ibid.* p.184

⁶³ ARS. « Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. Novembre 2011. [Consulté le 9 avril 2017]. Pages 153-158. Disponible : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars_MidiPyr/2011/PRS_DIAGNOSTIC_112011.pdf

avec les EHPAD pour les accompagner dans la prise en charge des pansements, vient répondre au point de vigilance du diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées, qui préconise à plusieurs reprises un renforcement des liens entre le sanitaire et le médico-social. Cette hypothèse permettrait d'élargir la population ciblée. Une des infirmières du CSSR possède le diplôme universitaire « plaie et cicatrisation », elle serait pressentie pour prendre en charge cette activité.

- Nous pouvons également intégrer comme variante la réalisation de consultation mémoire (2 réponses aux entretiens émanant des 3^{ème} et 4^{ème} établissements « adresseurs » ce qui représente un peu moins de 18 % des admissions en 2016).

Un des médecins du CH JP Falret qui était en charge de ces consultations a annoncé à la Direction qu'il envisageait de prendre sa retraite d'ici la fin de l'année 2017. Il est utile de rappeler que le SSR est rattaché à l'UCC : unité de 12 lits qui fait partie du pôle de gérontopsychiatrie et qui accueille des patients présentant des troubles cognitifs (autre activité ciblée dans les retours d'entretiens). Ce secteur de gérontopsychiatrie est bien identifié. Si la consultation mémoire actuelle venait à disparaître cela nécessiterait pour les usagers du bassin de santé de se rendre sur le sud du département pour en bénéficier ou sur le département limitrophe. Un des médecins de la gérontopsychiatrie finit sa formation de gérontopsychiatrie et serait pressenti pour prendre en charge cette activité.

Sur le plan matériel :

Le Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation⁶⁴ précise que « *Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel* ».

Nous disposons déjà des locaux qui permettent cette nouvelle activité. En effet lors de la transformation du poste de soins, les locaux d'origines au rez-de-chaussée ont été réutilisés, en partie uniquement, pour l'agrandissement de la salle de rééducation. Il reste ainsi à disposition une pièce d'environ 22 m², qui permettrait de mettre en place une activité d'hôpital de jour. La salle de rééducation est mitoyenne. Celle-ci est située face à une entrée, qui donne sur une salle d'attente d'environ 18 m². Dans le prolongement se situe la salle à manger pouvant accueillir les patients pour la prise du déjeuner. Enfin une autre salle de jour située dans l'aile voisine permet de se détendre dans un espace bibliothèque équipé d'un téléviseur.⁶⁵

⁶⁴ Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. [Consulté le 27 avril 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=i>

⁶⁵ Annexe 12 : plan des locaux projet HDJ / hébergements non médicalisés

Sur le plan des ressources humaines :

Concernant la composition des équipes pluridisciplinaires, les décrets SSR de 2008 stipulent des exigences au regard des compétences et de qualifications requises a minima et au regard de la continuité des soins. L'article D. 6124-177-3 précise « *Les effectifs du personnel sont adaptés au nombre de patients effectivement pris en charge et à la nature et l'intensité des soins que leur état de santé requiert.* » sans exiger précisément de ratio d'ETP par nombre de patients. Le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation précise que ces structures « *disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel. Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site* ».

En revanche, si nous mettons en place des actions d'éducation thérapeutique, il convient de distinguer deux situations : les actions de prévention et les programmes labellisés soumis à l'autorisation de l'ARS qui implique des obligations réglementaires plus lourdes et qui peuvent faire l'objet d'un financement spécifique via les missions d'intérêt général (MIG).

En conséquence, nous pouvons évaluer les besoins comme suit :

- ✓ ETP IDE : nécessité de majorer le temps infirmier en cas de mise en place d'une consultation infirmière « plaie et cicatrisation » par exemple, pour pouvoir détacher l'infirmière spécialisée. Le salaire moyen chargé annuel d'une infirmière est de 45 000 €
- ✓ ETP AS : effectif constant.
- ✓ ETP éducateur physique « activité physique adapté » (APA) : actuellement, nous n'avons pas de éducateur physique APA. Nous avons fait le choix de prendre un stagiaire depuis le mois de mars 2017 pour une durée de 4 mois. A ce jour, nous constatons déjà une plus-value dans la prise en charge. Cela permet de libérer du temps pour les kinésithérapeutes pour les prises en charge plus intenses. Leurs interventions sont complémentaires. L'éducateur physique APA permet l'amélioration ou le maintien de la santé des personnes, la gestion des maladies chroniques (diabète, AVC...), le bien être, l'intégration et la participation sociale des personnes en situation de handicap. Nous faisons le lien avec une possible diminution des DMS. Les indicateurs de suivi pourront objectivés cette hypothèse. Le coût moyen chargé annuel d'un éducateur physique APA est d'environ 44 000 €
- ✓ ETP ASS : effectif constant à réévaluer selon la montée en charge de l'activité
- ✓ ETP diététicienne : effectif majoré si nous nous orientons vers une prise en charge nutritionnelle.
- ✓ ETP médicaux : effectif constant dans un premier temps et à réévaluer selon la montée en charge de l'activité.
- ✓ ETP kinésithérapeute : effectif constant.

Soit une augmentation des dépenses en personnel a minima de 89 000 €.

Concernant les coûts :

Après avoir pris attache auprès du médecin DIM de l'établissement, il s'avère que les modalités de valorisation des hospitalisations de jour risquent d'évoluer. Pour 2017, il a été décidé de ne pas intégrer de critères « frontière » entre la facturation d'un acte « consultation » réalisé en externe et la facturation d'une prestation d'hospitalisation de jour. Toutefois, une réflexion est en cours pour définir des critères pour facturer une HDJ en 2018⁶⁶.

Pour caractériser la modalité d'hospitalisation de jour en SSR, la DGOS envisage plusieurs critères :

- Des moyens en locaux, en matériel, en personnel et en équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- Une prise en charge impliquant notamment la réalisation d'au moins 2 actes différents (hors actes complémentaires), sur un ou plusieurs plateaux techniques disposant d'un équipement de réadaptation et de rééducation requis pour répondre aux besoins du patient ;
- Une prise en charge pluri-professionnelle composée d'au moins 2 professionnels qui interviennent chaque jour, et coordonnée par un médecin ;
- Une traçabilité de la prise en charge assurée à chaque venue. S'il s'agit d'une venue unique, un compte-rendu d'hospitalisation devra être effectué par un médecin à l'issue de la prise en charge. Si les venues sont répétées, un projet thérapeutique doit être décrit par un médecin lors de la première venue. Une synthèse intermédiaire sera réalisée au minima toutes les cinq venues et toutes les quatre semaines par le médecin. Un compte-rendu d'hospitalisation sera effectué par un médecin à la fin de la prise en charge.

Enfin, s'il s'agit d'actions d'éducation thérapeutique, elles doivent s'appuyer sur des bilans d'évaluations diagnostic (ex : bilan biologique de l'état nutritionnel) si on veut pouvoir les qualifier d'éducation thérapeutique et bénéficier de financement type « MIG ». Sans cette condition, il s'agit seulement d'actions thérapeutiques non valoriser dans le cadre des MIG.

La limite entre « hôpital de jour » et « activité externe » est proche. Si l'activité était qualifiée en consultation et non en hospitalisation de jour, elle ferait tout de même l'objet d'une valorisation.

Dans tous les cas cette perspective de développement répond aux attentes des autorités de tutelles.

⁶⁶ Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation. Hospitalisation de jour ou à temps partiel en médecine physique et de réadaptation. In : Rapport du groupe de travail de la FEDMER. [Mis à jour en mars 2017]. [Consulté le 11/05/2017].
Disponible : <https://sites.google.com/site/cnpdempr/nouveautes>

Sur le plan éthique :

Ce scénario nous permet de maintenir l'activité actuelle du CSSR, en y ajoutant une plus-value. L'équipe s'en trouve moins mise en difficulté et garde en grande partie ses repères et son identité professionnelle.

Du point de vue des patients, cette perspective permet à la personne soignée de rester le plus longtemps possible à domicile en adaptant l'offre de soins à la préservation de son autonomie. Cela répond également au 2^{ème} point d'attention du diagnostic de santé en Midi-Pyrénées : « *la nécessité d'accroître la fluidité du parcours du patient MCO/SSR et SSR/domicile (amont et aval) ; la mise en place, notamment, du dispositif « Trajectoire » (continuité et parcours coordonné des soins)*⁶⁷ ».

Point de vigilance :

Si nous décidons d'opter pour un scénario qui implique une demande d'autorisation de places d'hospitalisation à temps partiel, il faudra s'assurer au préalable qu'il s'agira d'une création et non d'une conversion de nos lits d'hospitalisation complète. Nous avons vu dans la partie 3.3.1 (p. 35) que le CSSR de Bretenoux est de petite taille. Si l'ARS venait à diminuer notre capacité en hospitalisation à temps complet cela pourrait remettre en question la viabilité économique de l'opération. De plus, lors d'une rencontre inter SSR du Lot⁶⁸, le pilote du groupe de travail nous rappelait que le taux d'équipement des SSR du Lot (toutes catégories confondues) représentait 2,1 lits et places /1000 habitants pour la région Occitanie contre 1,8 pour la France. Il n'est donc pas certain qu'une création soit validée.

4.1.2 Un SSR spécialisé : la psychiatrie

Selon le diagnostic du PRS de 2011⁶⁹, les chiffres concernant les troubles psychiques et psychiatriques traduisent l'importance de ces problèmes dans la région : « *2,3% des personnes sont en ALD pour affections psychiatriques de longue durée, premier motif d'ALD avant 65 ans et l'indice comparatif d'admission en ALD est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements. La souffrance psychique se traduit aussi par les 5 200 tentatives de suicides hospitalisées dans les services d'urgences chaque année. Plus de 64 000 personnes sont en ALD pour une affection psychiatrique de longue durée : parmi eux, 46 000 (72%) ont moins de 65 ans* ».

Les taux de recours⁷⁰ à la psychiatrie adulte pour tous types d'hospitalisation confondus, en 2009, sur la région Midi-Pyrénées se situe au-dessus de la référence France : 5 439,5 journées pour 10 000 habitants dans la région contre 4 643,5 en

⁶⁷ *Op. cit.* p. 158

⁶⁸ Dr Penchenat. « Rencontre inter SSR du Lot ». In : Projet médical partagé du GHT du Lot. Montfaucon, centre de rééducation fonctionnelle « la roseaie », 05 avril 2017.

⁶⁹ *Ibid.* p.37

⁷⁰ Les taux de recours présentés sont calculés pour 10 000 habitants standardisés sur l'âge et le sexe. Ils rendent compte du recours de la population, quel que soit le lieu d'hospitalisation (dans la région ou hors région).

référence nationale. Cependant, Le département du Lot présente des taux de recours proches de la médiane nationale et inférieur à la moyenne régionale.

L'équipement en lits et places d'hospitalisation complète et partielle offrant des soins aigus et du suivi est supérieur à la moyenne nationale. Avec 3 166 lits d'hospitalisation complète, la région Midi-Pyrénées se situe au 6^{ème} rang des régions françaises. Le taux d'équipement est de 1,40 lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants de plus de 16 ans, supérieur à la moyenne de la France métropolitaine (1,10). Le Lot compte un taux d'équipement de 1,17.

Près de 92,5% des prises en charge sont réalisées en hospitalisation à temps complet, seulement 3,1% en post cure et 2,6% dans le cadre d'un placement familial thérapeutique. Le recours à l'hospitalisation à domicile reste limité (0,7%).

Enfin la situation démographique des psychiatres apparaît inquiétante pour trois départements dont le Lot où près de 70% des psychiatres ont plus de 55 ans.

L'ICM étant le seul établissement psychiatrique sur le département du Lot, l'ARS nous a chargé de piloter le projet médical de territoire (PMT)⁷¹. Notre objectif est de montrer comment l'Institution va couvrir les besoins du territoire et d'identifier l'existence d'éventuelles « zone blanche ». Ce PMT doit être validé par la DGARS pour le 30 juin 2017.

Force est de constater que nous sommes fréquemment confrontés à l'impossibilité de prendre en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques ou ayant des antécédents psychiatriques, qui ne répondent à aucun critère d'hospitalisation que ce soit en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou en hospitalisation à domicile de rééducation/réadaptation et qui, malgré tout, nécessiteraient l'intervention d'une équipe spécialisée en SSR, en particulier pour favoriser et sécuriser leur retour et/ou leur maintien à domicile. Lors de l'enquête, deux professionnels interrogés préconisent une prise en charge psychiatrique, en particulier pour les conduites addictives. Ces professionnels exercent dans le 5^{ème} établissement « adresseur », ce qui représente un peu moins de 8% des hospitalisations en 2016.

Il s'agirait d'une unité de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à l'autonomie et à une réinsertion sociale réussie. L'intérêt dans le cas présent serait que cette unité ne soit pas implantée dans l'enceinte de l'établissement hospitalier spécialisé, elle serait ainsi nettement différenciée des locaux d'hospitalisation à temps complet.

En l'absence de données sur les besoins de cette population en soins de suite et de réadaptation, j'ai essayé de trouver des informations sur ces éléments. Dans les faits, Il est difficile d'appréhender l'activité médicale hospitalière et libérale. Les éléments du diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées indiquent que « *Le système d'information n'est pas totalement opérationnel et la qualité de renseignement du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-P) ne permet pas d'analyser de façon fiable et fine les données hospitalières* ».

⁷¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. [Consulté le 10 avril 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=i>
[d](#)

Nonobstant, je me suis tournée vers le service d'information médical afin d'évaluer les coûts. A ce jour, il est important de noter qu'entre un SSR spécialisé et un SSR polyvalent, les écarts de tarifications sont infimes. La plus-value financière d'une spécialisation reste donc discutable. C'est donc du point de vue du service à la population qu'il faudra prendre la décision.

Sur le plan matériel : les locaux actuels sont d'ores et déjà adaptés. Il n'y a pas, a priori, d'aménagement important à prévoir.

Sur le plan des ressources humaines :

L'évolution de la mission nécessite des professionnels formés et qualifiés pour garantir la qualité des pratiques professionnelles.

Au-delà de la formation initiale, il sera important de développer des programmes de formation spécifiques pour les professionnels et les équipes intervenant auprès de cette population. Un des médecins du CSSR a exercé en psychiatrie et se propose de faire des formations au sein de la structure. De plus, nous possédons au sein de l'ICM les compétences nécessaires pour transmettre des savoirs. Enfin, sur le plan institutionnel, il existe un programme de formation à destination de tous les nouveaux recrutements qui comprend « la consolidation des savoirs en psychiatrie », et « l'entretien infirmier » niveau 1 et 2. Ce socle de base permet d'améliorer la connaissance des professionnels en ce qui concerne la souffrance psychique, les troubles mentaux et leur abord, les dispositifs psychiatriques et la réglementation en matière d'hospitalisation sans consentement.

Qu'en est-il des effectifs : il n'existe pas de référence en matière d'effectifs. Cependant, en psychiatrie l'effectif humain contribue à des soins de qualité. Le ratio sur le CHJPF (uniquement sur les unités d'hospitalisation complète, hors secteur infanto juvénile) est de 0.49 pour les infirmiers et 0.19 pour les aides-soignants. A ce jour le ratio sur le SSR est de 0.21 pour les infirmiers et de 0.25 pour les aides-soignants. Si l'on s'en tient à une stricte superposition des effectifs avec la psychiatrie adulte, ce scénario conduirait à passer les effectifs infirmiers du simple au double (+ 14 ETP) et à diminuer légèrement les effectifs aides-soignants d'environ 3 ETP.

Il existe au sein du CHJPF un projet de re-sectorisation des lits de soins sans consentement. Cette unité actuellement située sur le site de Leyme doit être répartie sur deux zones géographiques : une à Leyme et une autre au sud du département, au plus près des bassins de populations. Le personnel soignant actuellement sur le nord du département ne souhaitant pas nécessairement une mobilité de 80 km sur Cahors, pourrait permettre un transfert des moyens humains sur le SSR situé seulement à 23 km de Leyme.

Concernant les coûts :

- Si l'effectif infirmier augmente de 14 ETP :
 - Coût moyen chargé annuel/infirmier : 45 000 €
Soit une augmentation de 630 000 €

- Si l'effectif aide-soignant diminue de 3 ETP :
 - Cout moyen chargé annuel/aide-soignant : 35 000 €
Soit une économie de 105 000 €

Les coûts en personnels supplémentaires pourraient s'élever à 525 000 €.

Hormis les coûts de personnel supplémentaire, l'activité spécialisée peut être valorisée dans le cadre de la T2A. Ces modalités de valorisation relèvent des règles applicables au SSR (activité PMSI identique, cotation selon les pathologies, les prises en charge, les soins réalisés, le plateau technique...). En revanche, la spécialisation d'une activité entraînant un cahier des charges plus lourd, l'ARS peut octroyer un financement supplémentaire au regard des contraintes supplémentaires.

Sur le plan éthique :

Pour Denis A. Gioia, « *les organisations sont fondamentalement composées d'une culture, laquelle s'organise autour d'un système de pensée partagé* »⁷². Pour les équipes soignantes du CSSR, accueillir des patients présentant des troubles psychiatriques est une véritable transformation de l'identité professionnelle. « *Lorsque le besoin de changement apparaît, le problème du top-management est de déterminer le meilleur moyen de changer le schéma existant* ». Il est important d'obtenir l'adhésion des soignants à la vision du changement que l'on souhaite mettre en place. Toujours selon Denis A. Gioia, il existe plusieurs sources d'influence : la légitimité, le niveau de partage de l'information, la transparence sur les intentions en lien avec les actions engagées, la réponse émotionnelle, les médias de communication utilisés. Si l'on veut que le changement ait du sens, il est nécessaire que tous les acteurs le comprennent. Il se construit progressivement par des jeux d'influence entre les acteurs, c'est un processus de création.

A ce jour, la rumeur concernant une orientation du CSSR vers des soins psychiatriques circule et instaure un véritable climat d'incertitude et d'inquiétude.

4.1.3 Un établissement médico-social (EHPAD / handicap)

Dans le cadre de la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, un arrêté va généraliser le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM⁷³) dès 2017 dans le secteur médico-social en remplacement de l'actuelle convention tripartite conclue entre les EHPAD, les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. Le projet de l'Institution est de s'inscrire prioritairement dans une démarche territoriale Lotoise.

⁷² Autissier D., Vandangeon-Derumez I., Vas A. Conduite du changement : concepts clés. 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs. Paris : éditions Dunod ; 2010. p.89.

⁷³ Le CPOM sera conclu tous les cinq ans entre l'organisme gestionnaire d'un ou plusieurs EHPAD, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour rappel, le CPOM est une démarche concertée dans laquelle il faut dégager des objectifs prioritaires en fonction du SROSMS et déterminer les moyens afférents.

Lors d'un Comité Médical d'Établissement et d'échanges avec les Directeurs du secteur médico-social de l'Institution, il est ressorti que bon nombre de patients actuellement en psychiatrie relèvent en fait d'une prise en charge médico-sociale.

Il existe actuellement 22 places sur la maison d'accueil spécialisée du sud du département⁷⁴ pour les psychotiques déficitaires. Sur le nord du département, il existe un projet de créer un foyer d'accueil médicalisé de 15 à 20 places qui pourrait accueillir des patients actuellement en psychiatrie, mais qui relèvent eux aussi du secteur médico-social. Aujourd'hui ce projet n'a pas encore reçu de réponse favorable définitive. En effet, au niveau régional, le nombre d'établissement de ce type est suffisant.

Qu'en est-il de ces patients vieillissants et atteints de troubles psychiatriques ? que se passe-t-il lorsqu'ils atteignent l'âge d'intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Force est de constater, que lorsque les structures reçoivent les dossiers de préadmission, elles sont en règle générale, inquiètes à l'idée de recevoir des patients ayant un parcours psychiatrique.

Pourquoi alors ne pas envisager de créer notre propre structure ?

Le PRS 2012-2017 précise⁷⁵ que la création de nouvelles places médicalisées dans les EHPAD n'est pas envisagée. Cependant, on constate des inégalités interdépartementales en termes d'équipement en lits d'hébergement financés pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31/12/2010 : le Lot fait partie des départements les moins bien équipés (100,11 pour une moyenne en région Midi-Pyrénées de 115,3)⁷⁶. On constate également que le Lot est en dessous de la moyenne régionale en termes d'équipement sans précision quant à la cause : problème d'adaptation qualitativement aux besoins ou mauvaise répartition sur le territoire de santé.

La population du département est très âgée. Près d'un Lotois sur trois est retraité. La population du Lot est en effet la plus âgée de la métropole, après la Creuse. En 2011, les personnes de 65 ans et plus sont ainsi plus nombreuses que celles de 20 ans (105 pour 100 personnes de moins de 20 ans). Elles représentent 25% de la population lotoise contre 17% sur l'ensemble de la métropole⁷⁷. Ce vieillissement démographique va se poursuivre sur les 25 années à venir avec une progression de 50 %. Le coût de la dépendance est estimé à 1,2 Mds € de dépense publique en Midi-Pyrénées et 2,2 Mds € à l'horizon de 2040⁷⁸.

⁷⁴ MAS de Castelnaud

⁷⁵ ARS Midi-Pyrénées. « Les orientations du plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, partie 2, p. 18. [Consulté le : 26/01/2017]. Disponible : http://www.resomip.com/sites/resomip.com/files/images/psrs_midi-pyrenees_122012.pdf

⁷⁶ ARS Midi-Pyrénées. « Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. Novembre 2011. [Consulté le 9 avril 2017]. Page 210-214. Disponible :

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars_MidiPyr/2011/PRS_DIAGNOSTIC_112011.pdf

⁷⁷ Grouthier J-P. « rencontre avec le Directeur régional de l'INSEE Midi-Pyrénées » In : présentation statistique de la population Lotoise. Cahors, préfecture du lot, mercredi 5 novembre 2014

⁷⁸ ARS. « Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. Novembre 2011. [Consulté le 9 avril 2017]. Page 69. Disponible : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars_MidiPyr/2011/PRS_DIAGNOSTIC_112011.pdf

L'Allocation pour adultes handicapés dans la population régionale, est supérieure aux moyennes nationales. De plus, nous constatons l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement des personnes en situation de handicap. Ces dernières sont estimées entre 30 000 et 40 000 personnes (enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de 2002)⁷⁹.

Si le diagnostic de santé en région Midi-Pyrénées révèle des places vacantes sur la région, il dénonce également les difficultés de trouver des places pour des personnes âgées très dépendantes, présentant des poly-pathologies ou des troubles du comportement. La population ciblée fait malheureusement partie de ces catégories et révèle que l'offre disponible n'est pas forcément adaptée aux besoins.

Ce projet s'inscrit donc davantage dans un parcours de vie, l'ARS n'y sera peut-être pas insensible. Ce d'autant, toujours selon le PRS, qu'afin d'améliorer les modes de prise en charge, il est envisageable de convertir des capacités du sanitaire vers le médico-social. Ce qui serait le cas si le SSR devenait une structure médico-sociale.

Dans cette conversion, l'ARS qui finance les crédits du sanitaire pourrait y voir une opportunité de voir la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité et de L'Autonomie) assurer le financement d'une structure SMS.

Sur le plan matériel :

L'établissement est adapté au personne à mobilité réduite. Les 30 chambres sont réparties en 22 chambres individuelles et 4 chambres doubles. Les couloirs sont équipés de mains courantes. Les chambres en étages sont accessibles par un ascenseur. Il n'y a pas, a priori, d'aménagement important à prévoir.

Sur le plan des ressources humaines :

L'étude de la caisse régionale d'assurance maladie en 2006 indiquait des taux d'encadrement suivant pour les EHPAD⁸⁰ :

- IDE : 0,0596 ETP par lit.
- AS : 0,1812 ETP par lit.

En revanche, Les rapports d'activité médicale de la Haute-Garonne en 2008 indiquent des taux d'encadrement plus élevés que ceux constatés en 2006⁸¹ :

- 0,290 ETP AS par lit quand le GIR moyen pondéré⁸² (GMP) est inférieur à 700.
- **0,350 ETP AS par lit** quand GMP > 700 soit pratiquement le double depuis 2006.
- 0,009 ETP IDE par lit pour 100 points de GMP soit **0,072 ETP IDE par lit** pour GMP 800.

⁷⁹ *Ibid.* p. 73

⁸⁰ *Ibid.* p. 219

⁸¹ *Ibid.* p.219

⁸² GIR Moyen Pondéré. Le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes dans l'établissement à un instant "t" permet à l'établissement de déterminer le GMP (Gir Moyen Pondéré), qui est le niveau moyen de dépendance des résidents et permet à la structure de percevoir des moyens en conséquence. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP est élevé.

Ces taux d'encadrement sont très faibles. Il signifie que le nombre de personnel au tableau des emplois salariés pour soigner et accompagner les résidents en EHPAD serait le suivant :

0,350 ETP AS pour 1 résident = 10,5 AS au tableau des emplois.
et 0,072 ETP IDE pour 1 résident = 2,16 IDE au tableau des emplois.

Pour avoir un poste au tableau des emplois et assurer l'ensemble des plages horaires, il faut 1,7 emplois soit 17,85 donc 18 AS (contre 13 aujourd'hui) et 3,67 donc 4 IDE (contre 11 aujourd'hui).

Concernant le personnel médical, la FHF publie un ratio de 0,005⁸³ soit 0,15 au tableau des emplois soit 0,255 donc 0,30 ETP médical contre 1,40 à ce jour.

Il faudrait donc :

- Augmenter l'équipe d'aides-soignantes de 5 postes
 - Coût moyen chargé annuel/aide-soignant de 35 000 €
Soit une augmentation de 175 000 €
- Diminuer l'équipe des infirmières de 7 postes
 - Coût moyen chargé annuel/infirmier de 45 000 €
Soit une économie de 315 000 €
- Diminuer le temps médical de 1 ETP.
 - Coût moyen chargé annuel/médecin de 130 000 €
Soit une économie de 130 000 €

Soit une économie totale de 270 000 € / an.

Comme le précise Guénaëlle Haumesser⁸⁴, il faut « *repenser la taille des structures. 37 % des capacités sont installés dans des EHAPD de moins de 80 lits. Quel est le juste milieu entre les EHPAD à « la française » de 65 lits et les EHPAD chinois de 600 lits ? quelle est la taille optimale pour amortir les frais fixes ?* »

Concernant les coûts :

Depuis la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, l'article 58 prévoit que le financement d'un EHPAD fasse l'objet d'une nouvelle tarification au 1^{er} janvier 2017⁸⁵. Cette évolution de la tarification s'accompagne de l'introduction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Ce financement repose sur :

- Un tarif de l'hébergement : Il est fixé par le conseil départemental si l'établissement est habilité à l'aide sociale. Sinon, c'est le directeur de la

⁸³ FHF. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, Etudes et Résultats, Drees, n° 689, mai 2009. [Consulté le 12 avril 2017]. Disponible : <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Chiffres-cles/Secteur-medico-social/Taux-d-encadrement>

⁸⁴ Haumesser. G. « Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement ». In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 16.03.2017.

⁸⁵ *Ibid.*

maison de retraite qui l'établit. Il comprend les dépenses d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, et d'animation de la vie sociale.

- Une forfaitisation « soins » : versé directement par l'Assurance maladie, ce forfait prend en charge les soins médicaux et paramédicaux nécessaires pour traiter les troubles physiques ou psychiques des résidents. A partir de 2017, tous les EHPAD seront financés selon l'équation basée sur le GIR Moyen Pondéré Standardisé (mesuré à l'aide des outils AGGIR et PATHOS).

- Un forfait dépendance de la personne âgée : fixé par le conseil départemental, il correspond à toutes les dépenses effectuées par la maison de retraite pour aider les résidents à accomplir les actes de la vie quotidienne et qui ne sont pas liées aux soins médicaux et paramédicaux : par exemple, achat de mobilier adapté aux personnes en perte d'autonomie, mise en place de rampes d'accès, etc.

Sur le plan éthique :

Pour ce scénario, nous retrouvons les mêmes difficultés que dans la proposition précédente. Pour les équipes soignantes du CSSR, quitter le secteur sanitaire pour s'orienter vers le médico-social est une véritable transformation de l'identité professionnelle. Si le public des personnes âgées est bien connu des soignants, celui de la grande dépendance est moins bien appréhendé.

4.2 Un Scénario addenda

Rappelons-nous que le CSSR possède un agrément de 4 places d'hébergement dont il faut tenir compte dans notre étude. Quel que soit le scénario retenu, cette proposition peut venir enrichir chacun d'eux. Elle permet une alternative supplémentaire, un « bonus » donnant la possibilité de diversifier l'activité.

La publication d'un appel à projet national début 2017 autorise le lancement d'une expérimentation visant à permettre aux établissements de santé de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement non médicalisé, en amont ou en aval de leur prise en charge afin d'améliorer l'accès du patient à l'offre de soins et la fluidité du parcours.

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2015) permet le lancement de cette expérimentation portant sur l'hébergement non médicalisé de patients.

La loi ouvre ainsi la possibilité pour les établissements de santé de proposer une nouvelle prestation, par dérogation à l'article L.6111-1 du Code de la Santé Publique :

- Un hébergement réservé aux patients de l'établissement (pouvant éventuellement être accompagnés),
- Une prestation temporaire non médicalisée, en amont ou en aval de l'hospitalisation (aucun soin ne peut y être réalisé),

- La prestation peut être effectuée en propre par l'établissement ou être déléguée à un tiers (ex : hôtel commercial, associatif...).

Ce décret précise clairement que « *La prestation d'hébergement est temporaire, anticipée et programmée dans le cadre du parcours de soins du patient. Elle est non médicalisée. Aucun soin n'est réalisé dans ce lieu d'hébergement par l'établissement de santé.* » Dès lors, « *Ne sont pas éligibles à cette prestation :*

- 1° *Les patients présentant des troubles temporo-spatiaux, des addictions ou des troubles mentaux de nature à mettre en cause leur propre sécurité ou celle des autres personnes ;*
- 2° *Les patients porteurs connus d'agents pathogènes présentant un risque de transmission directe ou indirecte via l'environnement.* »

Le diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées rappelle à juste titre que « *la problématique du logement est centrale pour les personnes présentant des troubles psychiques (seulement 30% accèdent à un logement autonome)* »⁸⁶. Outre ces derniers, les personnes âgées sont également ciblées avec « des structures de répit (Accueil temporaire) peu développées et inégalement réparties sur la région »⁸⁷.

Dans l'enquête réalisée, un des partenaires interrogés a fait état de manque de place d'hébergement temporaire pour les populations précarisées. Cet acteur exerce dans l'établissement qui est notre principal adresseur et représente à lui seul, un quart des admissions en 2016.

Sur le plan matériel :

L'établissement possède deux studios attenants au bâtiment principal, ils sont distincts des espaces de soins et d'hospitalisation⁸⁸. Il n'y a pas de travaux à prévoir. Les deux autres agréments concernent des chambres simples. La proximité de l'office pourrait permettre une prestation supplémentaire de distribution de repas, qu'il soit pris au domicile ou bien dans la salle à manger.

Sur le plan des ressources humaines :

L'accueil serait non médicalisé. Il n'y a donc pas de besoin en personnel soignant supplémentaire. Des prestataires externes peuvent intervenir selon les besoins.

Concernant les coûts :

La présente expérimentation peut faire l'objet d'un financement par le fonds d'intervention régional au titre de la participation à l'accompagnement des projets

⁸⁶ ARS. « Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. Novembre 2011. [Consulté le 9 avril 2017]. Pages ... Disponible : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars_MidiPyr/2011/PRS_DIAGNOSTIC_112011.pdf

⁸⁷ *Ibid.* p. 71

⁸⁸ Annexe 12 : Plan des locaux, projet HDJ / hébergements non médicalisés

sélectionnés à l'issue de l'appel à projet national. La périodicité et le montant des crédits alloués seront fixés par arrêté.

Néanmoins, à l'issue de la phase d'expérimentation, on peut supposer que la prestation reposera sur les mêmes critères de l'article 9 du Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients qui précise « *la contribution demandée au patient par nuitée ne saurait excéder le montant du forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale* »⁸⁹.

Sur le plan éthique :

Ce scénario addenda ne remet pas en cause les scénarii précédents. Les difficultés ou au contraire les identités professionnelles maintenues seront corrélées au choix initial. En revanche, la culture de la recherche de fonds supplémentaires, même s'ils répondent à un besoin identifié, reste assez nouvelle pour un établissement à but non lucratif.

⁸⁹ Un forfait journalier est supporté par les personnes admises. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale. Le forfait journalier peut être modulé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté.

5- LE DEPLOIEMENT DU FUTUR PROJET

Jean Jacques Néré attribue au projet un rôle de vision prospective, « *tous projets concernant l'avenir et amenant chacun des intervenants à se projeter dans le futur oblige à développer cette vision prospective [...]. L'analyse des risques procède de la prospective de façon éminente.* »⁹⁰

Si l'effet créatif représente un levier majeur du changement, il n'en est pas moins source de tensions pouvant aller jusqu'à la « souffrance ».

Selon Norbert Alter, « *la permanence des transformations concernant les techniques, l'organisation, les produits, les procédures de gestion amène à concevoir le changement comme une situation banale et récurrente* »⁹¹. Or ces changements peuvent avoir des effets sur les salariés.

« *Le caractère continu du changement [qui] représente un flux bien plus qu'un parcours rythmé par des étapes [...]. Le changement est constant, et [que] chacune de ses composantes interagit avec d'autres* »⁹². C'est ce que Norbert Alter appelle le phénomène d'interdépendance systémique : la transformation de l'une des dimensions du processus entraîne des effets en chaîne sur différentes composantes. Donc chacun des changements opérés a des effets sur l'organisation du travail. Ce qui est important, c'est de comprendre ce qui fait sens dans ce changement. L'analyse des organisations nous permet de les confronter au nouveau contexte. Cependant, si sa mise en œuvre est pensée et planifiée par la Direction, ce sont les acteurs qui portent ce changement.

5.1 La promotion du projet

Lorsque le choix du scénario retenu sera fait, tous les membres de l'organisation, y compris la Direction, devront être en mesure de comprendre ce changement, de sorte de pouvoir le porter, le défendre pour que celui-ci fasse sens. Dans ses travaux, Julia Balogun insiste sur la nécessité que l'équipe de Direction montre sa réelle implication dans le projet de changement. L'incohérence des mots ou des actions peut ébranler le processus de création de sens, notamment chez les managers intermédiaires qui doivent « *remplir leur rôle d'agent du changement* »⁹³.

Convaincue qu'un passage en force n'a que peu de chance d'aboutir, mon rôle ainsi que celui du cadre de santé sera essentiel. Conduire un changement ce n'est pas l'imposer mais au contraire comprendre les réactions et les représentations, être à l'écoute du terrain. La communication et l'implication facilitera le processus de construction de sens. Le manager a la responsabilité d'expliquer les comportements et les actions attendues, il doit être clair sur les intentions, justifier le changement et donner de l'information sur ce changement.

⁹⁰ Néré J-J. Le management de projet. Paris : Presse Universitaire de France. 2006. p. 109-110.

⁹¹ Alter N, chap. 5 l'organisation en mouvement. In : Alter N. L'innovation ordinaire. Paris : Presse Universitaire de France ; avril 2013. p. 163.

⁹² *Op. Cit.* p.170-171

⁹³ *Ibid.* p. 73.

Cela permet aux acteurs de donner du sens à partir de l'information reçue, de leur représentation et des interprétations de la situation nouvelle et de l'explication qu'ils en donnent. Il s'agit d'un processus de création, c'est-à-dire de construction et de diffusion de sens de la nouvelle vision de l'organisation qui permet progressivement à chacun de construire et d'accepter cette nouvelle vision.

5.2 L'implication des acteurs

Selon Céline Bareil⁹⁴ « *la mise en œuvre d'un changement nécessite l'apport des individus [...] touchés par ce changement. Ces destinataires sont des acteurs puissants souvent sous-estimés. [...] L'organisation ne peut changer sans leur contribution et leur décision de s'approprier le changement proposé* »

Pour ne pas que les salariés risquent de voir uniquement des sources de difficultés et de risques professionnels liés à la mise en place d'une nouvelle activité, risquant ainsi de déboucher sur une situation de blocage ou de retrait, il est nécessaire que les acteurs puissent s'approprier une situation innovante au sens de nouvelle. Selon Norbert Alter, initialement, cette « *invention* » (la nouvelle activité) pose la question du sens. Elle est difficilement compréhensible au début. Plusieurs questions se posent alors : pourquoi ce choix plutôt qu'un autre ? comment articuler cette nouvelle activité avec les pratiques professionnelles ? quel est le projet sous-jacent ?

Ce n'est que progressivement que les acteurs vont se mobiliser, lorsqu'ils parviendront à donner un sens à ces nouvelles pratiques professionnelles novatrices. Selon Karl E. Weick⁹⁵, pour créer du sens et accompagner un changement, il est nécessaire que les individus se projettent. « *Cette projection passe par un flux ininterrompu d'interactions au cours desquelles les individus construisent le sens de ce qu'ils font* ».

Pour accompagner un changement, il faut s'assurer de l'acceptabilité de ce changement. Il nécessite de faire accepter le risque « *de perdre un existant connu pour un avenir justifié par un progrès* »⁹⁶. Pour Christine Marsan⁹⁷ pouvoir verbaliser ses inquiétudes et ses résistances « *présente l'avantage d'envisager les intérêts, les options, les possibilités d'évolution de compétences que ce changement permet. Il ne représente plus uniquement des difficultés, mais bien aussi des occasions d'évolutions. C'est peu à peu qu'il est possible d'entendre ses apports positifs [...] le sujet se construit petit à petit de nouveaux intérêts* ». Le changement peut progressivement être accepté et l'acteur peut s'investir dans un nouveau projet.

⁹⁴ Bareil C. La résistance au changement, Chap.7. In : SORPANOT R. Le management du changement. Paris : Éditions Vuibert ; juin 2010. p. 156.

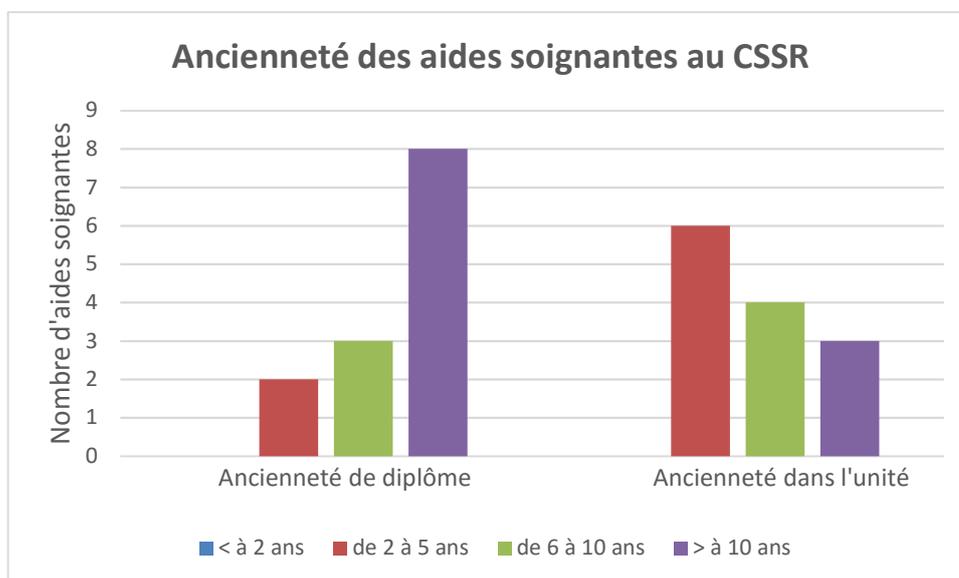
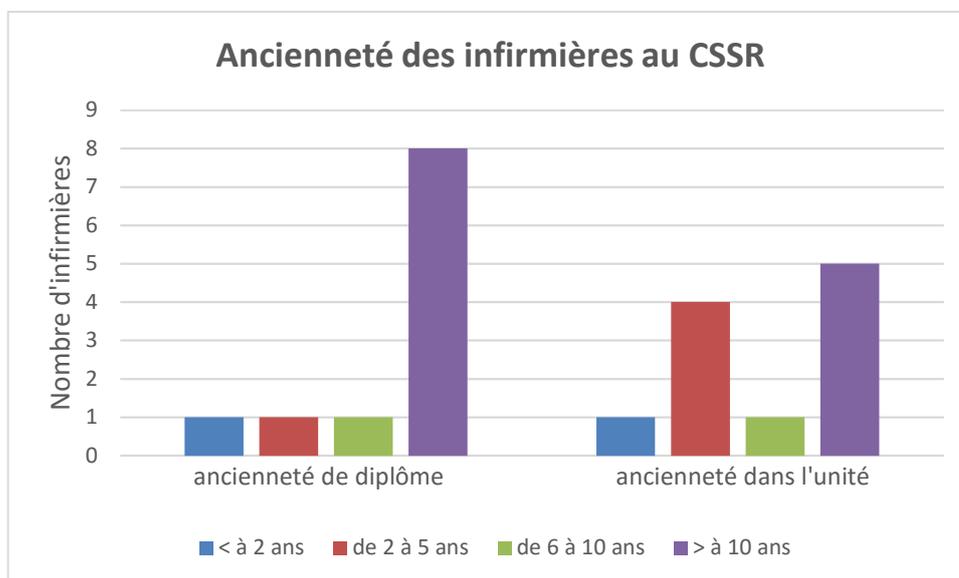
⁹⁵ Autissier D., Vandangeon-Derumez I., Vas A. Conduite du changement : concepts clés. 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs. Paris : Éditions Dunod ; 2010.chap. 7, p. 63

⁹⁶ *Ibid.* Introduction, p. 1.

⁹⁷ Marsan C. partie 2, Gérer les changements individuels et collectifs, chap. 3. In : MARSAN C. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? 1^{ère} édition Bruxelles : De Boeck ; avril 2008. P. 132-133

5.3 L'évaluation de « l'acceptabilité » du projet

L'analyse de l'ancienneté des soignants dans la structure va me permettre d'évaluer leur potentiel d'évolution de compétences et d'adaptation au changement.



On peut constater sur ces graphiques que près de 73 % des infirmières sont diplômées depuis plus de 10 ans. Plus de 45 % exercent dans cette unité depuis plus de 10 ans également. 36 % d'entre elles travaillent au CSSR depuis une durée comprise entre 2 et 5 ans.

Concernant les aides-soignantes, le constat est similaire concernant l'année de diplôme. Près de 63 % sont diplômées depuis plus de dix ans. En revanche, la

tendance s'inverse concernant l'ancienneté dans l'unité. 46 % d'entre elles travaillent au CSSR depuis une durée comprise entre 2 et 5 ans contre 23 % depuis plus de dix ans.

Selon l'ergonomie du travail, l'automatisation se produit au bout de 3 ans d'expérimentation de différentes situations de travail avant d'avoir une période de plateau entre 3 et 4 ans. Vient ensuite une phase de déclin ou l'on devient réfractaire au changement⁹⁸.

Cette analyse nous indique un éventuel frein au changement des missions, concernant les infirmières principalement. Leur ancienneté élevée peut nous faire craindre une résistance pour accepter un scénario trop éloigné de leur quotidien. Les aides-soignantes ont moins d'ancienneté dans l'unité, mais elles sont expérimentées. Elles risquent également de faire l'objet de résistance.

On voit bien ici que le scénario qui sera retenu par la Direction devra tenir compte du profil des équipes. La promotion et la défense du projet ne devra pas uniquement s'appuyer sur l'aspect économique, mais également sur les compétences requises des soignants.

5.4 Les impacts d'une redéfinition des missions

Tout changement risque d'entraîner une usure professionnelle et des risques psychosociaux. Le premier impact du management du changement est bien souvent celui du management des ressources humaines.

5.4.1 Les risques psychosociaux

Au décours de cette réorganisation, plusieurs indicateurs m'alertent sur le fait que nous sommes en présence d'une usure professionnelle. Le suivi des indicateurs d'absentéisme sur les années 2015 et 2016, indique une augmentation des arrêts pour maladie de 2,7 % passant ainsi de 9,2 % à 11,9 %. Cela représente 1747 jours d'absence (dont 145 pour maternité et 11 pour accident de travail) équivalent à 4,77 ETP⁹⁹.

Nous avons eu à déplorer le départ d'un des médecins de l'établissement. Même si les candidatures en CDI restent présentes, les remplacements en CDD sont plus difficiles. Et force est de constater que la qualité du travail semble se dégrader puisque qu'il y a eu deux déclarations d'évènements indésirables liés aux soins. Ces situations, qui sont également des signes d'usure professionnelle, ont

⁹⁸ Marchand X. la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail. In : Créteil, Ecole Supérieure de Montsouris, Master 2 MOS, le 25.11.2016.

⁹⁹ Annexe 13 : Taux d'absentéisme par secteur

donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX)¹⁰⁰ pour l'une et à une revue de morbidité et de mortalité (RMM)¹⁰¹ pour l'autre.

Ces signes évidents d'usure professionnelle nous font craindre une augmentation des risques psychosociaux. Ils relèvent de plusieurs catégories :

- De nouvelles exigences de travail par la mise en place de nouvelles organisations visant une plus grande efficacité ;
- Des exigences émotionnelles ;
- Une perte d'autonomie dans la mise en place de coopération ;
- Des conflits de valeurs ;
- Une insécurité socio-économique.¹⁰²

Sur quoi allons-nous pouvoir agir ?

Selon l'agence nationale des conditions de travail, il y a deux leviers d'action possibles :

- Agir sur les situations de travail et l'organisation de travail :
 - ✓ En supprimant ou réduisant la contrainte de travail,
 - ✓ Aménager l'organisation du travail : c'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans le chapitre 3. Néanmoins ces nouvelles organisations seront sans doute à réajuster en fonction du scénario retenu.
- Valoriser les compétences tout au long de la vie professionnelle :
 - ✓ En structurant les parcours professionnels,
 - ✓ En définissant une politique RH favorisant le développement et la valorisation des compétences. Nous avons déjà initié des formations au regard des situations prévalentes identifiées. Là encore, le choix du scénario retenu devra être accompagné d'un développement des compétences par le biais de mesure de formation, d'informations adaptées permettant la connaissance des missions.

¹⁰⁰ Le Crex, initialement développé en aviation civile, est une méthode de gestion de la sécurité des soins pouvant être destinée à un service médical, à une équipe de soins. Il s'agit d'un groupe de professionnels qui se réunit chaque mois pour analyser rétrospectivement les événements indésirables liés aux soins détectés et signalés en vue de les gérer. Une analyse systémique en est faite donnant lieu à un rapport présenté en réunion. Des actions d'améliorations sont alors envisagées, planifiées et mises en œuvre par les équipes.

¹⁰¹ Une revue de morbidité et de mortalité est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. A l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration. Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.

¹⁰² Marchand X. L'usure professionnelle et la prévention des risques psychosociaux. In : Créteil, Ecole Supérieure de Montsouris, Master 2 MOS, le 23.12.2016.

5.4.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Le PSRS 2012-2017 prévoit la promotion de la qualité de vie au travail. Or, le bien-être au travail dépend de la possibilité qu'ont les acteurs de bien faire leur travail de leurs points de vue.

C'est en travaillant avec les soignants sur les organisations du travail que leurs représentations vont changer. Ils vont ainsi pouvoir comprendre et accepter. Sous l'impulsion du cadre, le groupe va créer un réseau « apprenant » qu'il faudra encourager et valoriser.

L'anticipation du changement en amont semble être propice à atténuer les dysfonctionnements. Le dialogue sur le devenir du CSSR permettra d'envisager réellement le changement a priori et évitera sans doute des déboires.

La mise en œuvre d'un changement nécessite un processus d'apprentissage. Il implique soit l'acquisition de nouvelles compétences, soit une reconstruction de la réalité, d'un nouveau contexte. Les nouvelles compétences passent également par des formations.

Avant de développer les compétences nécessaires, encore faut-il les identifier. Pour ce faire, il est nécessaire de les évaluer en établissant un référentiel des compétences attendues. Cet outil est un recensement rationalisé et ordonné des compétences requises pour un poste, un métier. Il permettra d'identifier les compétences déterminantes nécessaires au changement de mission. La cadre de santé pourra l'utiliser lors des campagnes d'entretien annuel. Il pourra être mis en œuvre dès la prochaine période d'évaluation.

Ce référentiel peut être le point de départ d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au sein du CSSR. L'enjeu est stratégique, il s'agit de mieux prévoir les besoins futurs de l'établissement et de préparer les nouvelles organisations. Cela nous permettra d'identifier les compétences, le niveau de maîtrise, et d'identifier le potentiel des infirmières et des aides-soignantes selon les perspectives d'évolution. La cadre de santé pourra ainsi mettre en lien les compétences des soignants au regard du scénario retenu et identifier les besoins des actions de développement à inclure dans le plan de formation.

Comme l'indique Xavier Marchand, cette évaluation permet de prendre des décisions, de manager l'équipe et de réorganiser¹⁰³. Cela permet d'identifier quelles sont les compétences mises en œuvre et quelles sont les compétences qui sont insuffisantes ou qui sont à acquérir pour exécuter la nouvelle mission.

¹⁰³ Marchand X. la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail. In : Créteil, Ecole Supérieure de Montsouris, Master 2 MOS, le 25.11.2016.

5.5 Pérenniser les transformations

Ce travail a permis de faire bouger les lignes, en « créant les conditions de l'adhésion, de la mobilisation et de l'engagement des acteurs de santé au service de la mise en œuvre de la stratégie »¹⁰⁴.

Passer l'étape d'appropriation des nouvelles organisations, il s'agit à présent de consolider les nouvelles représentations et d'assurer un suivi de ce projet.

Le plan de formation 2016 a été reconduit sur l'année 2017, notamment à destination des infirmières avec la poursuite du programme sur « les transmissions ciblées ».

Le travail de réflexion sur les roulements n'a pas abouti pour le moment faute de consensus au sein des équipes. En revanche il est repris en lien avec la commission de soins infirmiers, rééducation et médicotechnique pour être réfléchi plus largement sur le plan institutionnel.

Les indicateurs de suivi mentionnés dans la partie 3 de ce projet managérial devront être maintenus. Selon le scénario retenu, d'autres viendront les enrichir et permettront de rendre compte de l'évolution du projet.

Enfin, après une période raisonnable de fonctionnement, il sera nécessaire de procéder à une évaluation de la satisfaction des patients et des professionnels.

La prochaine campagne IPAQSS ainsi que les retours des questionnaires de satisfaction des patients indiqueront s'il y a des écarts.

Une campagne de qualité de vie au travail est en cours actuellement. Réalisée tous les ans, les résultats nous permettront également d'identifier le niveau de bien-être au travail des salariés. A ce jour, cette campagne est à destination de tous les salariés de l'ICM. Un focus sur les professionnels du CSSR permettrait d'affiner notre analyse de la situation.

Pour finir, la publication à venir dans la revue interne de l'ICM d'un article concernant la réorganisation du CSSR est un signe fort de reconnaissance du travail et de l'implication engagée par les équipes.

¹⁰⁴ Vechard E. Approche territoriale des soins. In : Créteil, Ecole Supérieure de Montsouris, Master 2 MOS, le 25.10.2016.

CONCLUSION

Les SSR sont considérés comme les soins post-aigus. Au cœur du mouvement actuel de « déshospitalisation » dans un contexte de virage ambulatoire, ces structures d'aval vont-elle survivre à la pression budgétaire ? Considéré comme des structures de recours et de référence aux soins aigus, ces activités sont appelées à se réduire considérablement par la volonté de maîtrise des ressources des pouvoirs publics.

Quel que soit le scénario retenu et au-delà de la volonté de rester viable économiquement, la qualité des soins ne doit pas subir la maîtrise des dépenses de santé. Nombreux sont les pays où la mise en place du paiement prospectif a eu des incidences sur la qualité de la prise en charge et en particulier sur les soins de post cure¹⁰⁵. L'enjeu est de maintenir une qualité de soins adéquate dans un nouveau paradigme budgétaire.

Le choix du scénario final devra tenir compte de sa faisabilité du point de vue de la nouvelle activité, du résultat financier mais aussi de l'accueil qu'il va recevoir par les acteurs du projet.

La restitution de ce livrable n'étant pas encore effective, je ne peux qu'extrapoler sur le scénario retenu. Si je devais donner mon avis et compte tenu des conditions énoncées dans ce projet, je privilégierais le premier scénario, celui du SSR polyvalent avec un axe de spécialisation. Bien sûr, j'y ajouterais les quatre places d'hébergement non médicalisé pour venir renforcer le positionnement de l'établissement.

Ce projet aura, je l'espère, permis de faire tomber des barrières et induit une nouvelle culture de l'organisation au sein du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de Bretenoux.

¹⁰⁵ Beeuwkes Buntin M., Hoverman Colla C., Escarre J. J., "effects of payment changes on trends in post-acute care". In : health research and educational trust. [Mis à jour en Août 2009]. [consulté le : 25/11/2016]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739024/>

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. Conduite du changement : concepts clés. 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs. Paris : éditions Dunod ; 2010, 225 p.

DUPUY François. La faillite de la pensée managériale, lost in management 2. Paris : éditions du Seuil ; 2015, 245 p.

GABILLIET Philippe. Eloge de l'audace et de la vie romanesque. Paris : éditions Saint-Simon ; 2015, 108 p.

NERE J-J. Le management de projet. Paris : Presse Universitaire de France. 2006, 127 P.

SCHWACH Victor, « Les SSR : hier, aujourd'hui...et demain ? les soins de suite et de réadaptation ». Montbéliard : Fondation arc-en-ciel ; 2014,191 p.

Chapitre de livre :

ALTER N, chap. 5 l'organisation en mouvement. In : Alter N. L'innovation ordinaire. Paris : Presse Universitaire de France ; avril 2013. p. 163 à 171.

ALTER N, chap. 6 organisation et activité organisatrice. In : Alter N. L'innovation ordinaire. Paris : Presse Universitaire de France ; avril 2013. p. 181 à 184.

MARSAN C. partie 2, Gérer les changements individuels et collectifs, chap.3. In : MARSAN C. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? 1^{ère} édition Bruxelles : De Boeck ; avril 2008. P. 132 à 134.

BAREIL C. La résistance au changement, Chap.7. In : SORPANOT R. Le management du changement. Paris : Éditions Vuibert ; juin 2010. p. 156 à 177.

Textes législatifs :

Code de la sécurité sociale, article L. 174-4. [Consulté le 14 avril 2017]. Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741586&dateTexte=&categorieLien=cid>

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. [Consulté le 27 avril 2017].

Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>

Décret n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. [Consulté le 11 avril 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/6/2017-500/jo/texte>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. [Consulté le 10 avril 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Communication dans un congrès - rencontre :

GROUTHIER J-P. « rencontre avec le Directeur régional de l'INSEE Midi-Pyrénées » In : présentation statistique de la population Lotoise. Cahors, préfecture du lot, mercredi 5 novembre 2014.

Dr PENCHENAT. « Rencontre inter SSR du Lot ». In : Projet médical partagé du GHT du Lot. Montfaucon, centre de rééducation fonctionnelle « la roseraie », 05 avril 2017.

Communication dans une formation :

HAUMESSER. G. « Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement ». In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 16.03.2017.

MARCHAND X, « place de la notion de compétences dans les organisations du travail ». In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 28.10.2016.

MARCHAND X. la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail. In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 25.11.2016.

MARCHAND X. L'usure professionnelle et la prévention des risques psychosociaux. In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 23.12.2016.

MARCHAND X. Accompagner le changement. In : Créteil, Ecole Supérieur de Montsouris, Master 2 MOS, le 17/02/2017

VECHARD E. Approche territoriale des soins : In : Créteil, Ecole supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 25/10/2016.

Document extrait d'un site internet :

ARS Midi-Pyrénées. « Les orientations du plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées 2012-2017, partie 2, p. 17 à 47. [Consulté le : 26/01/2017]. Disponible : http://www.resomip.com/sites/resomip.com/files/images/psrs_midi-pyrenees_122012.pdf

ARS Midi-Pyrénées. « Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. Novembre 2011. [Consulté le 9 avril 2017]. Disponible : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars_MidiPyr/2011/PRS_DIAGNOSTIC_112_011.pdf

Beeuwkes Buntin M., Hoverman Colla C., Escarre J. J., "effects of payment changes on trends in post-acute care". In : health research and educational trust. [Mis à jour en Août 2009]. [consulté le : 25/11/2016]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739024/>

Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation. Hospitalisation de jour ou à temps partiel en médecine physique et de réadaptation. In : Rapport du groupe de travail de la FEDMER. [Mis à jour en mars 2017]. [Consulté le 11/05/2017]. Disponible : <https://sites.google.com/site/cnpdempr/nouveautes>

DEJOURS Christophe. Coopération et construction de l'identité en situation de travail. [Mis en ligne mars 1993]. [Consulté le 11/02/2017]. Disponible : <http://1libertaire.free.fr/Dejours19.html>

Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. [Date de mise à jour du site : 05/05/017]. [Consulté le 26/01/17.] Disponible : <http://finess.sante.gouv.fr/finess/jsp/rechercheSimple.jsp>

FHF. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, Etudes et Résultats, Drees, n° 689, mai 2009. [Consulté le 12 avril 2017]. Disponible : <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Chiffres-cles/Secteur-medico-social/Taux-d-encadrement>

FHP. Les SSR c'est quoi. [Date de la dernière mise à jour du site : 2010]. [Consulté le 20/12/16] Disponible : www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi

KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ? ». [Date de la dernière mise à jour du site : 2011]. [Consulté le 16/12/16] Disponible : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00558057/document>

Ministère des affaires sociales et de la santé. Financement des établissements de santé. [Date de la dernière mise à jour du site : le 05/10/16]. [Consulté le 20/12/16] Disponibles : <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Ministère des affaires sociales et de santé. Prises en charge spécialisées. [Publié le : 08/03/2016]. [Consulté le 26/01/17] Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

Ministère des affaires sociales et de santé. Soins de suite et de réadaptation – SSR. [Date de mise à jour du site : 08/03/16]. [Consulté le 26/01/17].
Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Crédit d'impôt de taxe sur les salaires. [Date de mise à jour du site : le 25 janvier 2017]. [Consulté le 11 avril 2017]. Disponible :
<http://www.associations.gouv.fr/credit-d-impot-de-taxe-sur-les-salaires.html>

Scope santé. CSSR Notre Dame. [Consulté le 20/01/2016].
Disponible :
<http://www.scopesante.fr/#/etablissements/460006083//0/1.8433765/44.9173526///8/3/0/>

Soins de suite et de réadaptation – SSR. Une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation [Date de la dernière mise à jour du site : 08/03/2016]. [Consulté le 26/01/17]
Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

Images, vidéos issues du Web :

Clot, Yves. Yves CLOT nous parle des risques psychosociaux. [Ajouté le 20.01.2014] extrait du colloque "en a-t-on fini avec les risques psychosociaux ?" organisé par l'Aract Lorraine et le Cnam en Lorraine le 12 septembre 2013 à Metz. [Enregistrement vidéo] in : you tube. [Format MP3, 45'54"]
Disponible sur :
< <https://www.youtube.com/watch?v=N6kRiG2gvWY&noredirect=1> > (Consulté le 11/02/2017)

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Evolution DAF psychiatrie EPRD 2016

Annexe 2 : Lettre de mission

Annexe 3 : Note de cadrage

Annexe 4 : Diagramme de Gantt « projet managérial »

Annexe 5 : Cartographie des métiers

Annexe 6 : Diagramme de Gantt « axes de travail CSSR »

Annexe 7 : Indicateurs de suivi CSSR 2016

Annexe 8 : Principaux « adresseurs » CSSR 2016

Annexe 9 : Guide d'entretien

Annexe 10 : Synthèse des entretiens

Annexe 11 : Matrice SWOT

Annexe 12 : Plan des locaux : projet HDJ / hébergements non médicalisés

Annexe 13 : Taux d'absentéisme par secteur

ANNEXE 1 – Evolution DAF psychiatrie EPRD 2016



EVOLUTION DAF PSYCHIATRIE EPRD 2016 DM3 ET DM4

EVOLUTION DE LA DAF 2016			DM 1 ARS		DM 2 ARS		DM 3 ARS		DM 4 ARS	
Etablissement : CH Jean Pierre Falret	- DAF PSY INITIALE - 31/03/2016		- DAF PSY MODIFIEE - 03/06/2016		- DAF PSY MODIFIEE - 27/07/2016		- DAF PSY MODIFIEE - 19/12/2016		- DAF PSY MODIFIEE - 28/12/2016	
DAF BASE	36 307 849									
Mesure non reductible soustraite en DAF 2015 et à réintégrer en 2016	185 769	0,51%	185 769	0,51%	185 769	0,51%	185 769	0,51%	185 769	0,51%
Mesures reductibles Nationales (R)			568 651	1,57%	568 651	1,57%	568 651	1,57%	568 651	1,57%
Etudes médicales des internes 6 mois					8 000	0,02%	8 000	0,02%	8 000	0,02%
Etudes médicales des internes et sujétions (NR)							25 770	0,07%	25 770	0,07%
Reversement Mise en réserve nationale 2016 (NR)									72 536	0,20%
<i>Sous total mesures positives</i>	185 769	0,51%	754 420	2,08%	762 420	2,10%	788 190	2,17%	860 726	2,37%
Economies nationales non ciblées (R)			-278 010	-0,77%						
Economies Nationales ciblées (R)			-108 082	-0,30%						
Mesures mises en réserve Nationales (NR)			-187 407	-0,52%						
Réserve régionale (NR)			-36 494	-0,10%						
<i>Sous total mesures d'économies et de réserves</i>			-609 993	-1,68%	-609 993	-1,68%	-609 993	-1,68%	-609 993	-1,68%
Sous total mesures 2016	185 769	0,51%	144 427	0,40%	152 427	0,42%	178 197	0,49%	250 733	0,69%
DAF FINALE	36 493 618		36 452 276		36 460 276		36 486 046		36 558 582	

EVOLUTION DU RESULTAT (DEFICIT)	-1 044 000 €	-899 573 €	-891 573 €	-865 803 €	-793 267 €
---------------------------------	--------------	------------	------------	------------	------------

EVOLUTION DAF 2016 AVEC DMI-2-3-4 = +250 733 € ET - 0,69 %

ANNEXE 2 – LETTRE DE MISSION

 <p style="margin: 0;">Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	
Année universitaire 2016-2017		Page 1 s

Désignation du projet	Préparation au passage à la Tarification à l'activité en SSR.
Commanditaire	La Direction des établissements de santé, concertation avec la Direction des soins.
Nom du responsable du projet	Karen PICOT, cadre supérieur de santé, inter secteur de Gériopsychiatrie et centre de soins de suite et de réadaptation.
Missions du responsable de projet	<p>Dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité en SSR en 2017, une mission qui a été confiée à Mme PICOT d'accompagner le retour à l'équilibre financier de cette structure dès la fin de l'année 2016. Le jour l'organisation du travail engendre un niveau de fonctionnement non satisfaisant. En effet, les états de dépenses de fin 2015 font apparaître une augmentation sans majoration du volume d'activité. L'objectif est de maintenir une activité supérieure à 90 % et d'analyser les dépenses (de personnel, de transport, d'examen de laboratoire, d'imagerie médicale,...)</p> <p>Afin de conduire ce changement, il est nécessaire de favoriser l'implication du cadre de santé, de réaliser un état des lieux, de mettre en œuvre des actions correctrices issues des réflexions des groupes de travail.</p> <p>La finalité est de s'approprier une nouvelle organisation qui permettra de garantir pérennisé l'activité du CSSR et de faire évoluer ses missions si nécessaire.</p>
Moyens alloués	<p>Sollicitation des personnels et services utiles de la démarche (Direction des établissements de santé, Direction des soins, service des médecins, cadres de santé, services financiers, contrôleur de gestion, service des ressources humaines,...).</p> <p>Entretiens externes si nécessaire (partenaires externes,...)</p>



Centre Hospitalier
Jean-Pierre Falret

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des Organisations
Soignantes »



UPEC
Connaissance - Action

Année universitaire 2016-2017

Page 2 sur 2

Modalités de reporting	Plan de communication avec les équipes de soins du CSSR pour annoncer le début du projet, constitution de groupes de travail, information périodique sur les résultats
Durée	1 ^{er} janvier au 31 décembre 2016
Documents de référence	
Date : 12/12/2016	
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet
 Directeur des Soins E. CHASTRE	C. H. J.-P. FALRET Karen PICOT Cadre de Pôle

ANNEXE 3 – NOTE DE CADRAGE

	<p>Note de cadrage « Projet Managérial »</p> <p>MOS@16-17</p>	
		Page 2 sur 2

NOTE de CADRAGE	
Pôle ou service : centre de suite de soins et de réadaptation	
Nom : PICOT Karen	
Fonction : cadre supérieur de santé	
Intitulé du projet	
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	la Direction des établissements de santé, la Direction de
Chef de projet ou équipe projet - Animation du projet	Cadre supérieur de santé en collaboration avec le cadre de la structure.
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernés ou personnes ressources	Groupes de travail infirmiers, aides soignants et agents qualifiés pilotés par le cadre de santé de la structure. Personnes associées : médecins de la structure, méd tous services supports pouvant être ressources. Instances concernées : CME, CHSCT.
Origine du projet / Argumentaire / Liens avec actions/projets en cours	Dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l' SSR en 2017, la mission est d'accompagner le retour à financier de cette structure dès la fin de l'année 2016. La finalité est de s'approprier une nouvelle organi: permettra de garantir la pérennité du CSSR et de faire é missions si nécessaire.
Périmètre du projet et population concernée	Le projet concerne le CSSR qui dépend du centre hospi Pierre Falret. La population concernée comprend pluriprofessionnelle de la structure.
Objectif primaire	Retour à l'équilibre financier, réduction des dépense maintenir l'activité du CSSR.
Objectif secondaire	faire évoluer les missions du CSSR si nécessaire.
Contraintes	Budgétaires Résistance au changement, évaluation des RPS Isolement géographique de la structure Méconnaissance de cette tarification

	Littérature, cours M2,...
Modalités de travail Méthodologie utilisée	Méthodologie de gestion de projet : évaluation de initiale, constitution de groupes de travail, proposition mise en œuvre, évaluation.
Echéance/Calendrier	Janvier 2016 à janvier 2017
Résultats attendus	Bilan financier à l'équilibre, organisations efficaces, p l'activité SSR, maintien des emplois, préconisations d'é
Modalités d'évaluation /suivi (indicateurs)	Suivi des indicateurs financiers, indicateurs d'activités, RH,...

ANNEXE 5 – CARTOGRAPHIE DES METIERS CSSR

1118 - TECHNICIEN ADMINISTRATIF	CDI	EMPLOYE ADM 2	1,00	0,80
	Total CDI		2,00	0,80
Total 1118 - TECHNICIEN ADMINISTRATIF			2,00	0,80
2140 - SECRETAIRE MEDICALE	CDI	BERGOUGNOUX C		1,00
	Total CDI		0,00	1,00
Total 2140 - SECRETAIRE MEDICALE			0,00	1,00
2104 - CADRE INFIRMIER	CDI	CDS		0,70
		CSS 1	0,50	
		CSS 2		0,20
		Total CDI	0,50	0,90
Total 2104 - CADRE INFIRMIER			0,50	0,90
		IDE 1		1,00
		IDE 2	1,00	1,00
		IDE 3	1,00	1,00
		IDE 4	1,00	1,00
		IDE 5	0,04	0,04
		IDE 6		1,00
		IDE 7	0,80	0,80
		IDE 8	1,00	1,00
		IDE 9	1,00	
		IDE 10	0,80	0,80
		IDE 11	1,00	0,80
		IDE 12		0,80
		IDE 13		1,00
		IDE 14	1,00	1,00
Total CDI		8,64	11,24	
Total 2105 - INFIRMIER			8,60	11,20
2106 - AIDE-SOIGNANT	CDI	AS 1	1,00	1,00
		AS 2		1,00
		AS 3	1,00	1,00
		AS 4	1,00	1,00
		AS 5		0,80
		AS 6	1,00	1,00
		AS 7		1,00
		AS 8		1,00
		AS 9		1,00
		AS 10		1,00
		AS 11	1,00	

		AS 13		1,00
		AS 14		1,00
		AS 15		0,50
		AS 16		0,50
		Total CDI		7,50
Total 2106 - AIDE-SOIGNANT				7,5
		ASH 1		1,00
		ASH 2		1,00
		ASH 3		1,00
		ASH 4		0,00
		ASH 5		1,00
		ASH 6		1,00
		ASH 7		1,00
		ASH 8		1,00
		ASH 9		1,00
		ASH 10	FF aide soignante	
		Total CDI		8,00
	Contrats particuliers	ASH 11		1,00
		Total Contrats particuliers		1,00
Total 2107 - AGENT HOTELIER SPECIALISE				8,00
		ASH 12	FF aide soignante	1,00
		ASH 13	FF aide soignante	1,00
		Total CDI		0,00
Total 3120 - AGENT SVCES LOGISTIQUES NIV2				0,00
		ASS		0,20
		Total CDI		0,20
Total 4100 - ASSISTANT(E) SOCIAL(E)				0,20
		MEDECIN 1		0,80
		Total CDI		0,80
Total 5103 - GENERALISTE				0,80
		MEDECIN 2		0,60
		Total CDI		0,60
Total 5104 - MEDECIN AUTRE SPECIALITE				0,60
		DIETETICIENNE 1		0,20
		DIETETICIENNE 2		1,00
		Total CDI		1,00
Total 2200 - DIETETICIENNE				1,00
		SOUS CHEF CUISINE		1,00
		CUISINIER 1		1,00
		CUISINIER 2		1,00
		Total CDI		3,00
Total 3215 - OUVRIER SVCE LOGISTIQUE NIV2				3,00
		OUVRIER		1,00
		Total CDI		1,00
Total 3215 - OUVRIER SVCE LOGISTIQUE NIV2				1,00
		PROGRAMMATEUR		1,00
		Total CDI		1,00
Total 3215 - OUVRIER SVCE LOGISTIQUE NIV2				1,00
Total général				36,70
				38,20

ANNEXE 7 – INDICATEURS DE SUIVI CSSR 2016

ur la Direction des
ents de santé
2016 au 31/12/2016

Plan d'économie
Établissement : CSSR Notre Dame

Résultat période

2015	-280 925
2016	-24



DES DEPENSES	Budget mensuel	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total réalisé	Budget période	Réalisé période 2015	Ecart réalisé 2016 / 2015	Ecart en %
utes)		1 051					4 094	2 371	2 377	1 580	3 995	4 474	4 036	23 978		74 304	-50 326	-67,73%
de personnel (nettes)	151 150	131 858	118 046	142 939	144 428	133 362	189 387	147 373	132 129	135 590	145 273	135 085	160 198	1 715 668	1 813 800	1 901 093	-185 425	-9,75%
al						6	23							29		1 196	-1 167	-97,56%
	4 417	5 713	3 232	6 085	5 620	6 795	6 424	5 829	6 096	4 596	4 333	4 521	4 485	63 730	53 000	76 846	-13 116	-17,07%
	250	38	57	245	38	153	316	130	222	59	251	216	421	2 147	3 000	3 773	-1 626	-43,10%
	3 783	4 856	4 136	3 373	2 858	2 948	4 111	3 777	3 286	2 567	2 626	2 146	2 539	39 223	45 400	53 680	-14 457	-26,93%
	1 500	3 477	1 537	2 324	466	775	4 901	3 922	4 311	3 317	947	5 136	2 638	33 751	18 000	47 938	-14 187	-29,60%
ôtelières (nettes)	10 233	17 899	12 623	12 990	15 348	5 932	9 266	8 167	17 760	18 088	4 632	15 945	8 502	147 153	122 800	193 872	-46 719	-24,10%

DE L'ACTIVITE	Année	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total réalisé	Activité cible période	Activité cible annuelle	Activité théorique annuelle
e de journées	2 016	865	776	815	802	721	752	873	775	724	824	664	640	9 231	9 855	9 855	10 980
	2 015	708	667	864	748	755	724	706	748	791	833	768	828	9 140	9 855	9 855	10 950
cupation (en %)	2 016	93,01	89,20	87,63	89,11	77,53	83,56	93,87	83,33	80,44	88,60	73,78	68,82	84,07	90,00	90,00	90,00
	2 015	76,13	79,40	92,90	83,11	81,18	80,44	75,91	80,43	87,89	89,57	85,33	89,03	83,47	90,00	90,00	90,00

RES SUIVIS	Au 31/12/2015	Au 31/03/2016	Au 30/04/2016	Au 31/05/2016	Au 30/06/2016	Au 31/07/2016	Au 31/08/2016	Au 30/09/2016	Au 31/10/2016	Au 30/11/2016	Au 31/12/2016	Variation
gés payés en jour	104	209	173	176	203	204	143	128	152	159	86	-18
T et débit/crédit) en jour	932	835	800	914	865	822	814	744	716	741	687	-245
i soldes en jour	1 036	1 045	974	1 090	1 068	1 026	957	873	869	899	773	-263

Résultat période

-24

Budget consommé

96%

	Budget mensuel	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total réalisé	Budget période 2016*	Ecart réalisé / budget	Ecart en %	Budget annuel 2016 (modifié)	
invenant lieu à remboursement	151 150	131 858	118 046	142 939	144 428	133 362	189 387	147 373	132 129	135 590	145 273	135 085	160 198	1 715 668	1 813 800	-98 132	-5,41%	1 813 800	83,5%
Pharmaceutiques	10 000	22 668	8 672	10 965	9 990	10 854	11 969	11 146	11 861	8 185	9 559	7 802	8 056	131 728	120 000	+11 728	+9,77%	120 000	5,5%
Matérielles *	10 233	17 899	12 623	12 990	15 348	5 932	9 266	8 167	17 760	18 088	4 632	15 945	8 502	147 153	122 800	+24 353	+19,83%	122 800	5,7%
Dépenses financières *	9 702	8 306	7 709	8 477	7 875	8 049	8 018	12 993	8 316	8 026	8 190	7 647	845	94 450	116 420	-21 970	-18,87%	116 420	5,4%
	181 085	180 731	147 049	175 371	177 641	158 197	218 641	179 678	170 066	169 889	167 654	166 480	177 601	2 088 998	2 173 020	-84 022	-3,87%	2 173 020	100,0%
Personnel	157 131	156 963	156 963	156 963	156 963	156 963	158 121	157 156	157 156	153 574	156 758	156 758	161 238	1 885 576	1 885 576			1 885 576	91,0%
Matériel	15 500	16 693	15 749	16 181	15 303	14 812	18 040	23 815	21 257	21 046	15 863	12 160	12 481	203 398	186 000	+17 398	+9,35%	186 000	9,0%
Matériel	172 631	173 656	172 712	173 144	172 266	171 775	176 161	180 971	178 413	174 620	172 621	168 918	173 719	2 088 974	2 071 576	+17 398	+0,84%	2 071 576	100,0%
	-8 454	-7 076	25 662	-2 227	-5 375	13 578	-42 480	1 292	8 347	4 730	4 967	2 438	-3 882	-24	-101 444	+101 420		-101 444	

* 12 500 € de remboursement pour les 6 agents de l'HAD affectés au CSSR en mars

-41 % sur le budget) :

Variables payées en décembre N-1 au lieu de janvier N qui entraînent une baisse fictive des dépenses en janvier et une augmentation en décembre.

Elles augmentent sur les mois de mars et avril en raison de l'affectation du personnel de l'HAD sur le CSSR (remboursement de 12 500 € pour ces ETP). Sur la période de janvier à décembre, l'établissement dépasse de 2,31 ETP les ETP budgétés dont 1,5 pour absence. L'économie est due à une variation négative des congés et divers de 29 500 €, un économie sur les dépenses en personnel médical de 20 000 € et sur les dépenses en personnel non médical de 50 000 €.

Pharmaceutiques (+9,77 % sur le budget) :

Principalement dû à un dépassement sur les produits pharmaceutiques et fournitures diverses (+ 10 700 €).

Matérielles (+19,83 %) :

Les dépenses d'usagers et en locations mobilières ont dépassées l'enveloppe budgétaire (de respectivement + 15 700 € et + 10 000 €).

Le déficit est dû à des remboursements car ils sont inférieurs au budget sauf pour les chambres particulières.

Financières (-18,87 %) :

Les amortissements qui sont inférieurs au budget pour 19 500 €.

Les produits en atténuation inscrits dans le titre 3 des recettes sont déduits de ces dépenses :

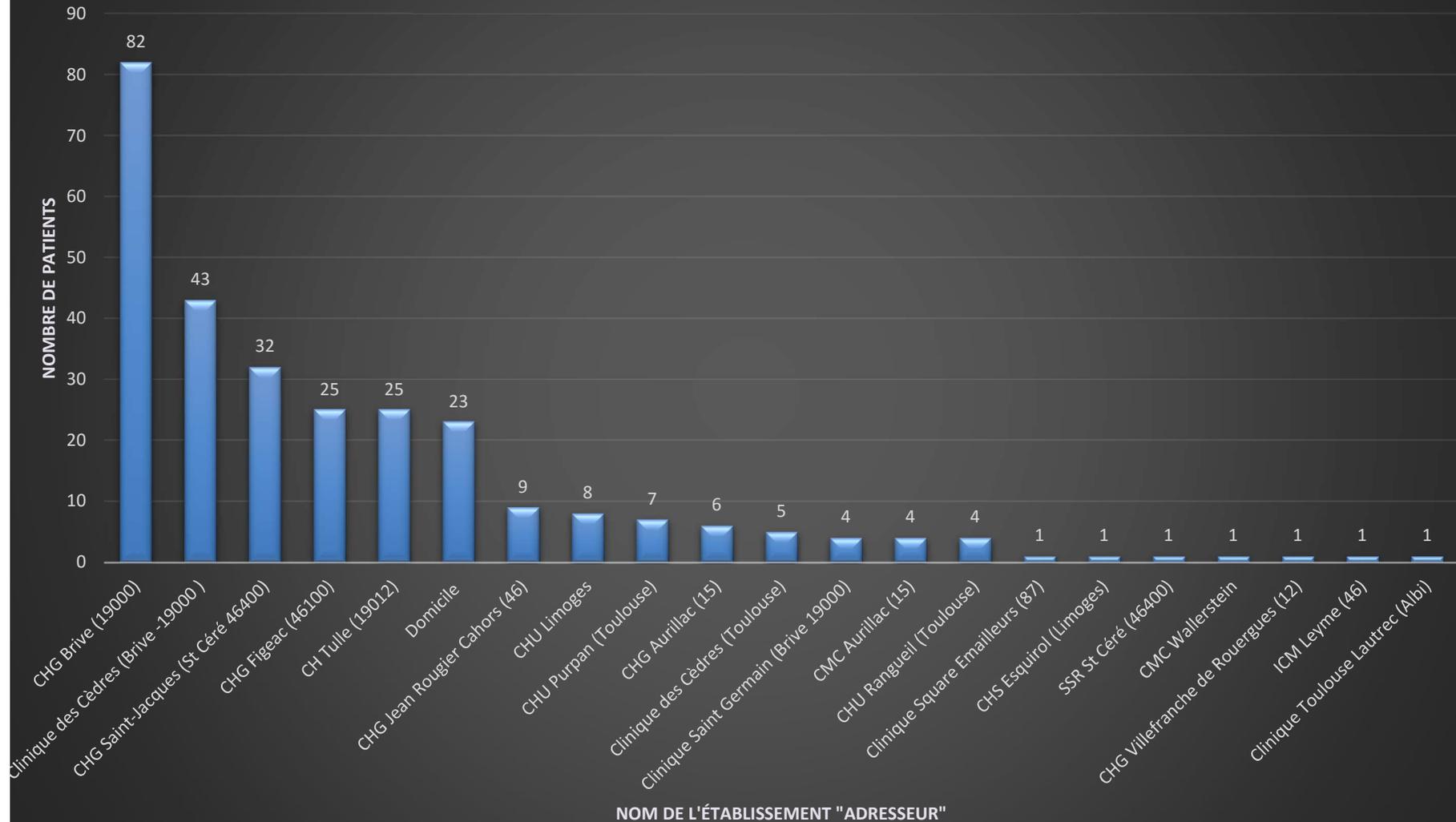
Personnel : les remboursements de salaires et charges sur le personnel médical et non médical sont donc déduits, ainsi que les indemnités journalières.

Matérielles et générales : les ventes de marchandises sont déduites.

Autres et dépenses financières : les produits financiers et provisions sont déduits.

ANNEXE 8 – PRINCIPAUX « ADRESSEURS » EN 2016

provenance des patients au CSSR 2016



ANNEXE 9 - GUIDE D'ENTRETIEN

I Prise de contact :

Situer la personne dans son contexte professionnel

Liste des structures et fonction des personnes rencontrées :

II Par rapport au SSR :

Objectif :

Identifier les connaissances des partenaires concernant les missions du SSR.

Evaluer la représentation qu'ils en ont.

Repérer leur implication, leur utilisation

- Connaissez-vous les missions d'un SSR en général ? du SSR de Bretenoux en particulier ?

- des soins médicaux, curatifs et palliatifs
- de la rééducation et réadaptation
- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle

- Ces missions vous satisfont elles ?

- oui non

si non, pourquoi ?

- Quels sont les liens, les contacts que vous avez avec le SSR de Bretenoux ?

- Connaissez-vous les modalités d'adressage ?

- oui non

si oui, lesquelles ?

- Diriez-vous que cet outil dont vous pouvez disposer est approprié aux besoins de prise en charge ?

- oui non

si non, pourquoi ?

III- Par rapport aux évolutions souhaitées :

Objectif :

Repérer les besoins des partenaires

- Au décours de votre pratique professionnelle avez-vous relevé des besoins spécifiques non pris en charge dans l'offre de soins présente sur votre bassin de santé ?

- oui non

si oui, lesquelles ?

(si oui)

- En conséquence, actuellement les SSR devraient-ils répondre à d'autres missions ?

- oui non

Si oui lesquelles :

- éducation thérapeutique (diabète, nutrition, maladie cardio-cardiovasculaire)
- consultation mémoire
- évaluation (ex : asalée)
- autres

- Selon vous, quelle serait une prise en charge idéale en SSR ?

OBJECTIFS	FORMULATION	RELANCE VERBALE
<p>Identifier les connaissances des partenaires concernant les missions du SSR. Evaluer la représentation qu'ils en ont.</p>	<p>Connaissez-vous les missions d'un SSR en général ? du SSR de Bretenoux en particulier ?</p> <p>Selon vous s'agit-il:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> des soins médicaux, curatifs et palliatifs <input type="checkbox"/> de la rééducation et réadaptation <input type="checkbox"/> des actions de prévention et d'éducation thérapeutique <input type="checkbox"/> la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale ou professionnelle 	<p>« L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.</p>
	<p>Ces missions vous satisfont elles ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si non, pourquoi ?</p>	
<p>Repérer leur implication, leur utilisation</p>	<p>Quels sont les liens, les contacts que vous avez avec le SSR de Bretenoux ?</p>	

	<p>Connaissez-vous les modalités d'adressage ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, lesquelles ?</p>	
	<p>Diriez-vous que cet outil dont vous pouvez disposer est approprié aux besoins de prise en charge ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si non, pourquoi ?</p>	
Repérer les besoins des partenaires	<p>Au décours de votre pratique professionnelle avez-vous relevé des besoins spécifiques non pris en charge dans l'offre de soins présente sur votre bassin de santé ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, lesquelles ?</p>	

	<p>(si oui) En conséquence, actuellement les SSR devraient-ils répondre à d'autres missions</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, lesquelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> éducation thérapeutique (diabète, nutrition, maladie cardio-cardiovasculaire) <input type="checkbox"/> consultation mémoire <input type="checkbox"/> évaluation (ex :asalée) <input type="checkbox"/> autres 	<p>Le secteur des SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie.</p>
	<p>Selon vous, quelle serait une prise en charge idéale en SSR ?</p>	

ANNEXE 10 – SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

I- Prise de contact :

Situer la personne dans son contexte professionnel

Liste des structures et fonction des personnes rencontrées :

- CHG de BRIVE :
 - Mr [REDACTED], CDS de l'unité de moyen séjour et de médecine physique et réadaptation
 - Mme [REDACTED], CDS de neurologie
 - Mme [REDACTED], CDS de l'unité Maladies infectieuses et tropicales
 - Mme [REDACTED], IDEC filière AVC
- CHG saint Céré :
 - Dr [REDACTED], praticien hospitalier médecine (auparavant au SSR)
- CH Tulle :
 - IDE équipe mobile de gériatrie
 - CDS service de gériatrie
- CHG Figeac :
 - 2 Assistantes de service sociale
 - Mme [REDACTED], CDS

II- Par rapport au SSR :

Objectif :

Identifier les connaissances des partenaires concernant les missions du SSR.

Évaluer la représentation qu'ils en ont.

Repérer leur implication, leur utilisation

- Connaissez-vous les missions d'un SSR en général ?

Soins médicaux, curatifs et palliatifs : 3 = 30 %

Rééducation et réadaptation : 6 = 60 %

Actions de prévention et d'éducation thérapeutique : 1 = 10 %

Préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale ou professionnelle : 4 = 40 %

Soins de suite : 2 = 20 %

Ré autonomisation : 3 = 30 %

Convalescence : 2 = 20 %

A cette question, outre la notion de réadaptation, seul le cadre de la première unité a précisé la ré autonomisation.

Pour ce médecin qui exerçait quelque mois plus tôt en SSR de nombreuses missions sont citées : rééducation et réadaptation, préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle, soins de suite et ré autonomisation.

L'IDE et la CDS de Tulle connaissent bien les missions en général.

- Du SSR de Bretenoux en particulier ?

Le CHG de BRIVE ne connaît pas nos missions précise ni nos conditions d'exercice.

Le CHG de Saint Céré a bien identifié nos missions de soins post aigu et de chirurgie orthopédique. En outre il a bien identifié nos motifs de refus, à savoir les troubles cognitifs, les troubles du comportement, les attentes de placement et les hospitalisations de répit

La CDS ne différencie pas nos missions de celles citées en général. L'IDE a identifié nos PEC polyvalente (absence de spécialisation).

Sur le CHG de Figeac, l'ASS a l'habitude de travailler avec nous, « avant il n'y avait pas de SSR sur Figeac, donc le CH de Figeac travaillait avec les SSR de Saint Céré e de Bretenoux. Elle pointe bien l'évolution des missions (avant la structure faisait de la convalescence, les personnes venaient pour passer l'hiver). La seconde ASS ainsi que la CDS nous attribue encore des missions de convalescence.

- Ces missions vous satisfont elles ?

oui : 3

non : 6

partiellement : 1

si non, pourquoi ?

Pour le CHG de Brive, les missions de notre CSSR ne les satisfont pas car ils ont besoins de prise en charge en période aiguë ? après l'explication de nos missions et surtout de notre emplacement et de notre absence de plateaux technique, il y a une meilleure compréhension des refus en particulier pour le service de neurologie.

Le professionnel interrogé déplore que nous ne prenions pas en charge les patients présentant des troubles du comportement. Pour lui il y a un manque de cohérence dans ces refus alors même que nous dépendons d'un hôpital psychiatrique ayant les compétences pour prendre en charge ce type de patients.

Les professionnelles pointent un manque de PEC kiné, un manque (de personnel) pour accueillir des patients « lourds » et un fonctionnement en interne.

L'ASS précise que les retours des familles concernant nos prises en charges sont très positifs.

- Quels sont les liens, les contacts que vous avez avec le SSR de Bretenoux ?

Le CHG de Brive ne fait appel à nous que lorsque qu'ils n'ont plus de place sur leur site. Cependant, leur DMS sur le secteur de réadaptation est de 75 jours contre 33,15 pour nous.

Viatrajectoire®

Les liens sont essentiellement avec la cadre de santé et le secrétariat + Viatrajectoire®

L'ASS fonctionne par contact téléphonique et partenariat avec la collègue ASS

Les contacts téléphoniques sont fréquents et restent un moyen de communication privilégié.

- Connaissez-vous les modalités d'adressage ?

oui

non

Si oui, lesquelles ?

Pour Brive, la principale modalité d'adressage est le formulaire papier, ils utilisent très peu le logiciel « Viatrajectoire® ». Il existe un projet pour 2018 de supprimer le support papier pour ne garder que le logiciel.

Essentiellement par Viatrajectoire® et avec la modalité d'une demande de pré admission

Envoie des dossiers de pré admission par fax et par Viatrajectoire®

Viatrajectoire, préadmission papier, fax. Les demandes sont lourdes à remplir.

- Diriez-vous que cet outil dont vous pouvez disposer est approprié aux besoins de prise en charge ?

oui : 4

non

sans réponse / partiellement : 6

Si non, pourquoi ?

Les besoins de prise en charge concernent de plus en plus des populations précaires qui n'ont plus de possibilité d'hébergement à la sortie de l'hôpital soit par perte d'autonomie rendant un retour au domicile impossible soit par précarisation avec perte de logement.

Les prise en charge des troubles du comportement font défaut.

Les deux professionnelles répondent favorablement à cette question

III- Par rapport aux évolutions souhaitées :

Objectif :

Repérer les besoins des partenaires

- Au décours de votre pratique professionnelle avez-vous relevé des besoins spécifiques non pris en charge dans l'offre de soins présente sur votre bassin de santé ?

oui : 7

non : 1

Si oui, lesquelles ?

Les patients précaires relevant de l'addictologie sont de plus en plus nombreux. Pour la plupart ils sont sevrés mais n'ont plus de logement, ni de famille pour les héberger. Il manque une structure d'hébergement temporaire dans laquelle une équipe paramédicale pourrait assurer un étayage dans l'attente d'un logement et des démarches sociales. L'idée de place d'hébergement avec intervention d'une équipe ambulatoire semble être un bon parti pris.

Les prises en charges des troubles du comportement,

Les prises en charges des plaies et pansement complexes avec consultation médicale et/ ou IDE, hospitalisation de semaine (du lundi au vendredi) pour modifier la PEC du pansement ; renforcer les partenariats avec les EHPAD qui ont beaucoup de pansements.

Les attentes de placement, les patients en perte d'autonomie et dénutris, les patients présentant des troubles cognitifs et comportementaux

De nouveaux besoins en perspective : de plus en plus de problèmes sociaux. Les besoins de prise en charge des troubles nutritionnels post chirurgicaux (Bypass et Sleeve) augmentent et de prise en charge cardio pour les personnes âgées.

(Si oui)

- En conséquence, actuellement les SSR devraient-ils répondre à d'autres missions ?

oui : 10

non

Si oui lesquelles :

éducation thérapeutique (diabète, nutrition, maladie cardio-cardiovasculaire) : 4

Le médecin rencontré au CHG de Saint Céré n'est pas favorable à l'éducation thérapeutique compte tenu du profil des patients sur le bassin de santé : population trop âgée, peu sensible à cette approche selon son expérience (pas envie de changer ou de se priver à cet âge)

En revanche d'autres professionnels plébiscitent cette mission en post opératoire (chirurgie digestive type bypass et sleeve) pour de l'éducation thérapeutique nutritionnelle.

L'éducation thérapeutique à destination des personnes âgées concernant les suivis de cardiologie et de diabétologie citée deux fois.

Prise en charge des patients psy suivis pour des conduites addictives.

□ consultation mémoire : 2

La consultation mémoire reçoit un avis favorable

Le CHG de Figeac travaille déjà en partenariat avec notre consultation mémoire de Figeac

□ évaluation (ex : asalée) :

L'ASS de Figeac connaît notre dispositif d'évaluation CMP/EAGP, mais ne semble pas confondre ces missions avec celle d'un SSR

x autres : place d'hébergement temporaire médicalisée ou non, dans ce cas étayage par équipe ambulatoire pour les accompagnements des gestes de la vie quotidienne, des démarches sociales et de réinsertion. Pour les populations précarisées.

- Selon vous, quelle serait une prise en charge idéale en SSR ?

compte tenu de l'augmentation des DMS faute de structure ou de place d'aval, une structure intermédiaire entre le court séjour et les SSR semble indispensable aux yeux des CDS. Ils ne peuvent plus répondre aux demandes de la direction de diminuer les DMS alors qu'ils n'ont pas de fluidité dans le parcours du patient. Une des CDS déplorera la perte de chance qu'entraîne l'augmentation des DMS avec dit-elle une grabatisation de certains patients. Faute de place, ces patients restent en médecine ou ils ne reçoivent plus de soins de rééducation, ils se grabatisent et finissent par être orientés en structure d'hébergement car ils ont perdu en autonomie durant leur séjour.

Une PEC en charge idéale impliquerait de « baliser » le parcours avec un cadre mieux défini. Il devrait y avoir systématiquement un projet de soins fait à l'entrée avec le devenir, un contrat de durée de séjour de 3 semaines (ajustable en fonction de l'état clinique) et la recherche systématique du parti pris des familles. La PEC en charge idéale comporterait de la kinésithérapie 2x/jour, une PEC nutritionnelle et une intervention d'un moniteur d'activité physique adaptée. Ce dernier permet de libérer du temps au kinésithérapeute (leur intervention sont complémentaires). L'APA permet l'amélioration ou le maintien de la santé des personnes, la gestion des maladies chroniques (diabète, AVC...), le bien être, l'intégration et la participation sociale des personnes en situation de handicap)

Une prise en charge idéale comporterait

Plus de kiné pour 2 personnes

Plus d'orthophonie : 2

Plus de personnel avec notamment des AMP pour l'aide à la toilette et la reprise de l'autonomie

Du personnel adapté, pluridisciplinaire, formé et en quantité suffisante afin d'assurer une PEC globale : 2 (IDE, AS, nutritionniste, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale)

Une des ASS rencontrée soulignera la qualité du travail effectué au CSSR de Bretenoux et insistera sur la nécessité de pérenniser cet établissement. Elle préconise également plus de moyens au niveau des équipes.

Plus de temps de kinésithérapeute, de temps d'ASS, de temps psychologue.

Améliorer le quotidien des patients par des animations car les patients s'ennuient.

Permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions avec de l'éducation et un soutien psychologique.

Pour les patients en soins palliatif, permettre un accompagnement du patient, de sa famille, de son entourage.

ANNEXE 11 – MATRICE SWOT

	POSITIF (pour atteindre l'objectif)	NEGATIF (pour atteindre l'objectif)
ORIGINE INTERNE (organisationnelle)	FORCES Structure bien identifiée par la population locale. Personnel expérimenté (expérience = nombre de situation différentes vécues ≠ d'ancienneté). Cohésion d'équipe, solidarité. Equipe souvent force de proposition. Retour à l'équilibre financier	FAIBLESSES Perte de point de repères Pas de plateau médicotechnique Structure isolée d'un CH Résistance au changement
ORIGINE EXTERIEURE (environnementale)	OPPORTUNITES Projet national ; injonction Demande institutionnelle Efficience Secteur en mutation	MENACES Changement de mode de financement : personnel hospitalier mal préparé à ce changement Difficultés contextuelles Concurrences (Réorganisation à moyens constants)

ANNEXE 12 – PLAN DES LOCAUX : PROJET HDJ / HEBERGEMENTS NON MEDICALISES

Adresse:
A savoir le
Et indiquer le lieu et l'étage du service.

- CHAMBRE SANS COYONNE:
A ne occuper que par les personnes habilitées.

FERMEZ LES FENÊTRES

FERMEZ LA PORTE

EN CAS D'INCENDIE HORS DE VOTRE CHAMBRE:

● SUIVEZ LES INDICATIONS DU PERSONNEL HOSPITALIER DU POMPIERS

● N'UTILISEZ PAS LES ASCENSEURS OU MONTE-CHARGE

● NE REVENEZ PAS EN ARRIERE SANS Y AVOIR ETE HÂTÉ

VISITEURS:

LES TELEPHONES MOBILES CELLULAIRES PRESENTS DANS L'ÉCRANTE DE C'EST-À-DIRE DOIVENT ÊTRE HÂTÉS EN POSITION ALLEZ

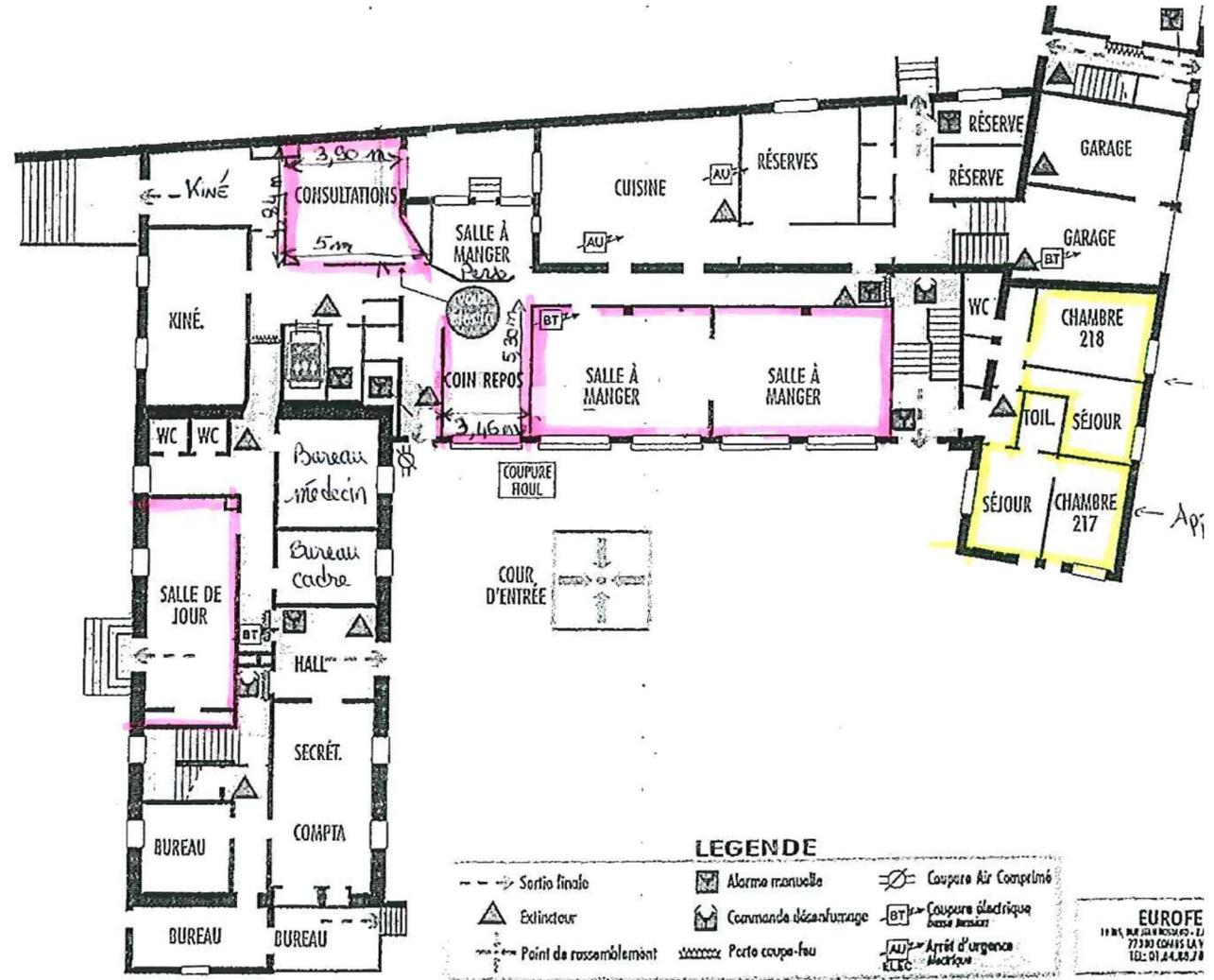
EN RAISON DES RÈGLES DE PLÉTHYMOLOGIE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX FONCTIONNANT AVEC DES SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES

● RESPECTEZ LES RÈGLES DE SÉCURITÉ

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
NOTRE DAME
46130 BRETENOUX

N° P164 (AN-MISS-JOUE-DISSER) 06 03 23 1059 - 005

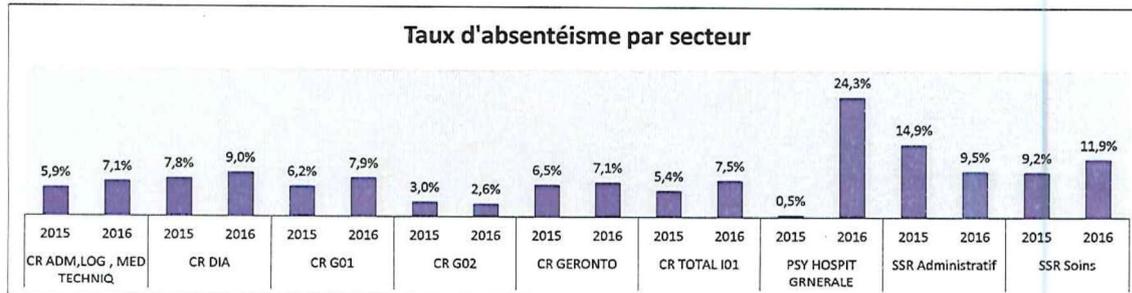
DATE DE MISE À JOUR



ANNEXE 13 – TAUX D'ABSENTEÏSME PAR SECTEUR

Axe 2 Ressources humaines - Suivi de l'absentéisme Taux d'absentéisme

Libellé Secteur	Année	Mois Dép
SSR Adminis... SSR Soins	2015 2016	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12



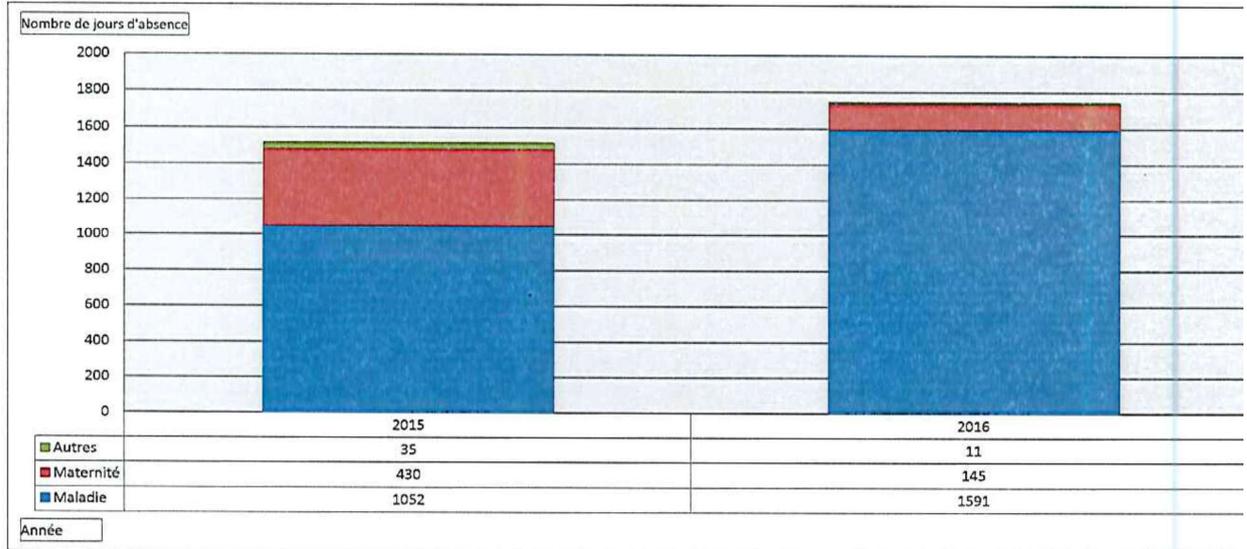
	2015				2016			
	Nombre de jours d'absence	Equivalent en ETP	ETPR Moyen	Tx absentéisme	Nombre de jours d'absence	Equivalent en ETP	ETPR Moyen	Tx absentéisme
CR ADM,LOG , MED TECHNIQ	3 449	9,42	160,65	5,9%	3 968	10,84	151,93	7,1%
CR DIA	3 533	9,65	123,75	7,8%	4 050	11,07	123,30	9,0%
CR G01	2 283	6,24	100,92	6,2%	2 752	7,52	94,94	7,9%
CR G02	951	2,60	87,18	3,0%	820	2,24	85,27	2,6%
CR GERONTO	2 322	6,34	96,87	6,5%	2 371	6,48	91,64	7,1%
CR TOTAL I01	2 220	6,07	113,12	5,4%	3 201	8,75	117,05	7,5%
PSY HOSPIT GRNERALE	6	0,02	3,54	0,5%	200	0,55	2,24	24,3%
SSR Administratif	265	0,72	4,87	14,9%	118	0,32	3,41	9,5%
SSR Soins	1 252	3,42	37,02	9,2%	1 629	4,45	37,50	11,9%
Total général	16 281	44,48	727,91	6,1%	19 109	52,21	707,28	7,4%

Remarque : la moyenne nationale pour le sanitaire est de 5,76 % en 2013

	2015				2016			
	Nombre de jours d'absence	Equivalent en ETP	ETPR Moyen	Tx absentéisme	Nombre de jours d'absence	Equivalent en ETP	ETPR Moyen	Tx absentéisme
SSR Soins	1 252	3,42	37,02	9,2%	1 629	4,45	37,50	11,9%
Hospitalisation à temps complet	1 252	3,42	37,02	9,2%	1 629	4,45	37,50	11,9%
5001 Soins	1 252	3,42	37,02	9,2%	1 629	4,45	37,50	11,9%
SSR Administratif	265	0,72	4,87	14,9%	118	0,32	3,41	9,5%
NC	265	0,72	4,87	14,9%	118	0,32	3,41	9,5%
5022 Compta	49	0,13	0,84	16,0%	25	0,07	0,80	8,5%
5023 Bureau des Entrées Facturation			0,13					
5026 Bureau des Entrées Accueil			0,85				0,80	
5061 Restauration			0,81					
5063 Diététicien			0,10				0,01	
5070 Entretien et maintenance			0,95		35	0,10	0,80	12,0%
5090 Service Hôtelier	216	0,59	1,18	49,9%	58	0,16	1,00	15,8%
Total général	1 517	4,14	41,89	9,9%	1 747	4,77	40,91	11,7%

Axe 2 Ressources humaines - Suivi de l'absentéisme Motifs

Libellé Secteur	Année
SSR Administratif	2015
SSR Soins	2016



	2015 Jours	2016 Jours	Ecart en %
Maladie	1052	1591	51,24%
,50 T.P.Thérapeut.malad./100%		218	
Mal.Ordi/Grossesse SHAM 00		67	
Maladie Longue Durée		306	
Maladie Ordinaire 00	886	792	-10,61%
Maladie Ordinaire SHAM 00		189	
Maladie Ordinaire/Grossesse	143		-100,00%
Maladie sans Maintien 00	23	19	-17,39%
Maternité	430	145	-66,28%
Rep. Norm.MATER.-AVEC Maintien	49		-100,00%
Rep. Norm.MATER.-SANS Maintien	340	117	-65,59%
Repos Path.(14j)-SANS Maintien	41	28	-31,71%
Autres	35	11	-68,57%
Accid. Travail (SANS MAINTIEN)	35	11	-68,57%
Total général	1517	1747	15,16%



Master Management des Organisations Soignantes
M2MOS @ 16-17

TITRE DU PROJET MANAGERIAL

« Conduite d'un projet de redéfinition des missions du Centre de Suite de Soins réadaptation »

AUTEUR

Karen PICOT

MOTS-CLES

Financement, gestion budgétaire fondée sur l'activité, réorganisation, adaptation des missions d'un SSR.

KEYWORDS

Financing, prospective payment system based activity, reorganization, adjusted post-acute care missions.

RESUME

L'objectif de ce projet est d'ajuster les missions du SSR à une gestion budgétaire sur l'activité. Il s'agit d'une enquête et d'une activité prospective.

Le CSSR polyvalent « Notre Dame » situé sur la commune de Bretenoux (Lot) offre des soins de proximité de réadaptation pour la population locale. La spécialité de soins de réadaptation représente un secteur assez concurrentiel. Notre positionnement actuel est précaire. Nous ne sommes rattachés à aucun centre hospitalier général, ce qui a un impact négatif sur les orientations des patients. Avec la mise en place de la nouvelle tarification basée sur l'activité, nous craignons que les hôpitaux fassent le choix de garder dans leurs SSR les patients les plus « rentables » et nous adressent les autres. Ce changement de modèle économique nous conduit à analyser les organisations afin d'identifier les causes potentielles de dysfonctionnement.

Notre objectif est de réduire les dépenses via une rationalisation et une mise en œuvre d'actions efficaces. Cette évolution permettra de garantir la pérennité de l'établissement et des emplois.

La fin de l'année 2016 s'est clôturée par un bilan positif ramené à -24 € sur un déficit initial de -280 925 € (budget annuel : 1 813 800 €). Une enquête auprès des partenaires a permis d'identifier les besoins et de faire le meilleur choix pour l'évolution des missions du CSSR.

Ce projet ne doit pas être seulement quantitatif et adéquationniste aux besoins financiers. Nous devons rester vigilant pour ne pas privilégier les soins les plus rentables au détriment des besoins réels de la population du bassin de santé.

ABSTRACT

This project aims to adjust post-acute care missions due to prospective payment using a survey and prospective activity.

"Notre Dame" post-acute care in Bretenoux (Lot) offers global rehabilitation services for the local population. The SSR specialty is a competitive sector. Our current position is precarious. We are not attached to a general hospital, which has a negative impact on patient orientations. The new prospective payment system, based on activity, makes us fear that hospitals choose to keep more "profitable" patients in their own SSR and address the others. This change in economic model leads us to analyze the organizations to identify potential causes of dysfunction.

We want to reduce expenditure through rationalization and implementation of efficient actions. This will ensure the sustainability of the establishment and the employment. The year 2016 ended with a positive balance of -24 € from the initial deficit of -280 925 € (budget: 1 813 800 €). A survey of partners identified the needs and the opportunities for the evolution of the center's missions.

This project must not be only quantitative and adequate to financial needs. We must remain vigilant not to favor more profitable care to the detriment of local population's real needs.