



Formation & Recherche en Soins

UE 5 ECUE 3. Projet Managérial

La collaboration au service de l'organisation.



David PREGERMAIN

MTMOS 2014-2015



REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné durant ces deux années de formation.

Je remercie la Direction et le médecin coordinateur du Centre de rééducation pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie notre assistante qualité pour son écoute et son aide précieuse.

Je remercie également les membres du groupe projet et les cadres de santé pour leur investissement, ainsi que l'ensemble des collaborateurs de terrain sans qui certaines orientations n'auraient pas pu émerger.

Je n'oublie pas l'équipe pédagogique de l'ESM et son « style ».

Je tiens également à garder en mémoire dans ce cursus de belles rencontres et d'amitiés au sein de la « Master Compagny ».

Enfin, comme tous projets nécessitent patience, je remercie ma femme et mes enfants qui ont su faire preuve d'indulgence durant ces quelques mois ; nous y sommes arrivés **ensemble...**

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée

APA : Activités Physiques Adaptées

ARACT : Agence Régionale des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

ASD : Aide-soignante diplômée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens

CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPC : Développement Professionnel Continu

DPI : Dossier Patient Informatisé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Equivalent Temps Plein

FSEI : Fiche de Signalement d'Evènement Indésirable

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hospitalisation de Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MCO : médecine, chirurgie et obstétrique

MDPH : Maison départementale Personne Handicapée

MPR : Médecine Physique Réadaptation

PACTE : Programme d'Amélioration Continue Equipe de Travail

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRS : Projet Régional de Santé

SAMSAH : Service Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SEP : Sclérose en Plaques

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TC : Traumatisé Crânien

UGECAM : Union de Gestion de la Caisse d'Assurance Maladie

UNV : Unité Neuro Vasculaire

LES INSTANCES HOSPITALIERES

CE : Comité d'entreprise

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLIN : Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CODIR : Comité Directeur

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

COFIL : Comité de pilotage

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

DP : Délégué du personnel

GDR : Gestion des Risques

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. Présentation et analyse du contexte institutionnel	5
1.1 Présentation régionale du contexte.....	5
1.1.1 Démographie régionale et locale	6
1.1.2 Démographie et besoins de santé de la Saône et Loire	6
1.1.3 L'offre de soins du territoire : le premier recours	9
1.1.4 L'offre de santé en termes de SSR	10
1.1.5 Orientations du Plan Régional de Santé (PRS)	10
1.2 Présentation de l'infrastructure.....	12
1.2.1 Présentation générale	12
1.2.2 Activité de l'établissement	15
1.2.3 Les moyens humains et organigramme	16
1.2.4 L'organisation des soins	16
1.2.5 Le système d'information :.....	17
1.2.6 Les Instances :	17
2. Du contrat aux projets : des projets au projet	18
2.1 Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens UGECAM / ARS.....	18
2.2 Etat des lieux du CRRF.....	19
2.2.1 Les possibles du CRRF face à la législation et à la coordination de parcours	19
2.2.2 Les bénéficiaires : les patients d'aujourd'hui attendent ; qu'en serait-il demain ?.....	22
2.2.3 Les acteurs face à la neurologie : culturellement et politiquement.	25
Un constat : un cloisonnement des acteurs face à une spécialité peu attractive mais assurant cependant l'avenir.....	25
2.2.4 Une architecture et des espaces de travail séparés et peu de rencontres... ..	33
2.2.5 Les effectifs actuels	36
2.2.6 Le financement à ce jour et demain.....	36
3 Le projet managérial :	38
3.1 De la lettre de mission et la note de cadrage au retro planning :.....	38
3.2 Chef de projet :.....	38
3.3 Rappel succinct de la problématique : les freins et leviers (SWOT).....	38
3.4 L'équipe projet	39
3.5 Un modèle d'organisation collaboratif : existe-t-il un modèle à imiter ?	40

3.6	Le projet	43
3.6.1	Travailler sur l'organisation de travail par une analyse de processus.	43
	Le processus : du concept à la concertation	43
3.6.2	Proposer un modèle d'organisation dans un contexte géographique donné	49
3.6.2.1	Première estimation d'effectifs avec les cadres.	49
3.6.2.2	Une architecture de service en voie d'être modifiée.....	50
3.6.2.3	Des versions d'organisations aux modèles de scénarios	51
3.6.3	Formaliser des règles de fonctionnement d'équipe : vers une organisation collaborative/coopérative.....	53
3.6.3.1	Le groupe du changement connaît-il les attentes de chacun ?	53
	De communautés professionnelles à une communauté de pratique.....	53
3.6.3.2	La coopération : de nombreuses approches conceptuelles au pragmatisme de terrain.....	56
3.7	Communication et Accompagnement	64
3.7.1	La communication du projet : comment ?	64
3.7.1.1	Auprès des salariés.....	64
3.7.1.2	Une validation par les instances.....	65
3.7.2	Accompagner les acteurs aux changements.....	66
3.7.2.1	Des cadres jouant la carte de la proximité.....	66
3.7.2.2	Accompagner d'un point de vue de la gestion des compétences et de la formation	71
3.7.2.3	Des travaux : un levier pour l'expérimentation vers une organisation apprenante	75
4.	Évaluation prospective et indicateurs.....	77
4.1	Evaluation financière.....	77
4.1.1	L'architecture	77
4.1.3	Les effectifs supplémentaires et le coût des formations	78
4.1.4	Prospectives à 40 lits : les gains et les pertes liés aux travaux.....	80
4.1.5	La T2A : un atout ou un frein ?.....	81
4.2	Evaluation de la qualité des soins et de la performance collective	82
4.2.1	Un attendu fort : une baisse de la DMS et des autres indicateurs	82
4.3	Evaluation sur le plan humain	84
4.3.1	Que va retirer le patient de ce projet ?.....	84
4.3.2	Que vont retirer les professionnels de santé de ce projet ?.....	85
	Questionnaire de satisfaction du personnel, FSEI, fidélisation et attractivité du CHSCT	85
	CONCLUSION	86
	BIBLIOGRAPHIE.....	87

INTRODUCTION

« L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (...) a pour objet de prévenir ou 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 réinsertion¹ ».

Cette formulation, extraite du Code de la Santé publique, résume l'indéniable savoir-faire des SSR dans leur mission de rééducation, de réadaptation, de prévention, d'éducation thérapeutique et de réinsertion.

Pourtant, dans un cadre darwiniste du système de santé, les établissements de soins de suite et de réadaptation ont dû faire face en 2008 à un nouveau cadre réglementaire et devront également prochainement procéder à une nouvelle mutation à l'approche imminente d'une nouvelle tarification.

Savoir évoluer devant une politique de santé invoquant la « priorité au domicile » et savoir avouer qu'évoluer passe par un service rendu, se mesurera demain en terme d'actes médicaux, de bilans pluridisciplinaires, de prises en charges de patients complexes dans une notion d'évaluation financière et normative quasi constante.

La contractualisation d'objectifs avec les instances telle que l'Agence Régionale de Santé et le recensement géographique de l'état de santé des citoyens engendrent une territorialisation des soins qui suppose de s'adapter à la demande locale.

Aujourd'hui, l'établissement étudié dans le cadre de cet écrit universitaire se voit et se doit de répondre à « cet appel d'offre » de nos tutelles dans le but de promouvoir la réadaptation des patients neurologiques dont le nombre ne cesse de croître et ce dans un cadre où le vieillissement de la population et les pathologies chroniques sont devenus la toile de fond des soins.

Toutefois, face à une nécessaire réduction de la mission d'hébergement des structures sanitaires, une séquence de soins efficace rimant avec efficience présuppose certains déterminants susceptibles de répondre à ces deux critères performatifs.

¹ Chapitre III du titre II du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique une section 11
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000018681159&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

De plus, l'homme ne peut s'astreindre seul à résoudre des situations de travail complexes. Celui-ci doit s'allier pour faciliter la résolution de celles-ci. Cela sous-entend un rapprochement des compétences et des innovations de chacun. Pour cela, il doit pouvoir coopérer ou collaborer, être immergé dans un contexte, un environnement propice à la confiance, et interagir avec l'autre.

Dans cet écrit, il est mis en relief que certains ingrédients ne sont pas réunis sur la table du soin pour affronter l'accroissement d'activité de prise en charge de patients en neurologie sur le territoire. Ce projet managérial doit pouvoir répondre prioritairement aux besoins du territoire et à cette contractualisation mais cette réponse ne sera que médiocre face au contexte actuel cloisonné des pratiques des acteurs de soins du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle dans lequel j'exerce comme infirmier coordinateur d'unité et gestionnaire de risques .

Dans un premier temps et afin de définir le cadre dans lequel ce projet managérial a pris naissance, une présentation du contexte régional de l'offre et des besoins de santé du territoire permettra de mieux cerner le pourquoi de ce besoin d'augmenter l'offre en termes de SSR spécialisé en affection du système nerveux et ainsi qu'une présentation de la structure de soin en question.

Dans un second temps, une analyse des possibles et des problématiques de cloisonnement et de carence interactionnelle entre acteurs de soins viendra démontrer la nécessité d'un remaniement des organisations afin de répondre aux contrats d'objectifs et de moyens.

En un troisième temps, la présentation du projet managérial axé sur la refonte des pratiques vers une proposition d'un mode d'organisation propice à la collaboration démontrera la nécessaire coopération entre acteurs.

Enfin, dans une quatrième et dernière partie, il sera présenté une projection des coûts de ce projet et la formalisation d'indicateurs de suivi afin d'évaluer a posteriori les effets des différents « *Changements que le monde déteste même si c'est pourtant la seule chose qui lui a permis de progresser² .* »

² Selon Charles F.Kettering (inventeur, ingénieur et homme d'affaires américain)

1. Présentation et analyse du contexte institutionnel

1.1 Présentation régionale du contexte

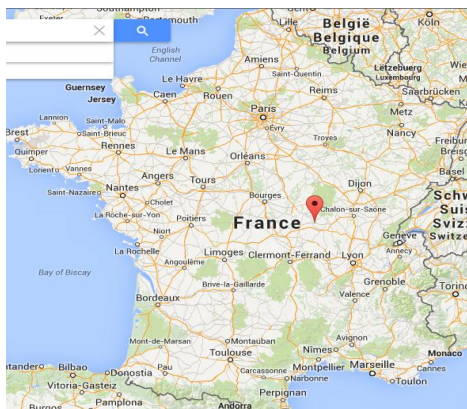


Le **Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) « Le Bourbonnais »** est situé en Saône et Loire à Bourbon Lancy en région Bourgogne.

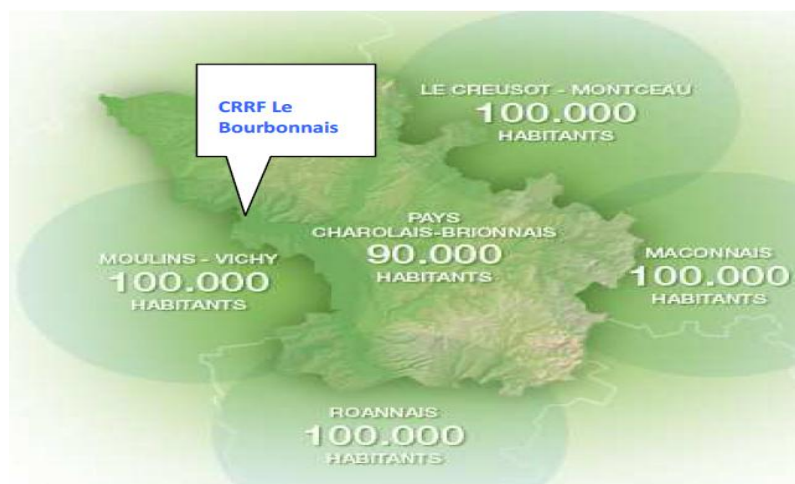
Il dispose d'une autorisation Soins de suite et de Réadaptation (SSR) avec:

- prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour,
- prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections du système nerveux en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

Il est situé au sud de la Saône et Loire (71), à 30 minutes de Moulins (Allier - 03) et de Decize (Nièvre - 58), et à 40 minutes de Paray le monial (Saône et Loire – 71).



1.1.1 Démographie régionale et locale



Avec 1.642.440 habitants³, la Bourgogne représente 2,5 % de la population nationale au 1^{er} janvier 2009. Elle se place au 16^{ème} rang des régions françaises. Entre 1999 et 2009, la population bourguignonne a progressé de 2 %, une augmentation bien en-dessous du niveau national (7 %). La Bourgogne se classe parmi les régions les moins dynamiques sur le plan démographique.

La Saône-et-Loire reste le département le plus peuplé de la région. Sa population augmente de 1,7 % entre 1999 et 2008, c'est à dire moins vite que celle de Côte-d'Or (3,4 %) et de l'Yonne (3,0 %). Seule la Nièvre perd des habitants sur la période (- 2,3 %).

Le canton de Bourbon Lancy regroupait en 2011 environ 8500 personnes.

1.1.2 Démographie et besoins de santé de la Saône et Loire⁴

Avec une population de 555.600 habitants, les indicateurs démographiques révèlent une population répartie sur le territoire à concurrence de 65 habitants par km² pour une référence nationale de 117 habitants par km², avec une tendance à un vieillissement de la population sans réel renouvellement de celle-ci au regard du taux de natalité et de fécondité.

³ Source INSEE : région Bourgogne

⁴ Source DRESS : *STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social(STATISS)*

2 Indicateurs démographiques

Source : INSEE

Indicateurs	BOURGOGNE	Côte-d'or	Nièvre	Saône-et Loire	Yonne	France métropolitaine
Taux de natalité en 2011 - Naissances domiciliées pour 1 000 habitants	10,6	11,2	9,1	10,4	10,8	12,5
Taux de mortalité en 2011 - Décès domiciliés pour 1 000 habitants (1)	10,6	8,6	13,6	11,0	11,4	8,4
Taux de fécondité en 2011 - Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	51,5	49,5	49,3	53,6	53,1	55,5
Taux mortalité infantile (1) - Décès de moins d'1 an / 1 000 naissances (moyenne 2009-2010-2011)	3,3	2,9	4,4	3,2	3,7	3,4
Indice de vieillissement de la population en 2012 (1) - Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	90,7	75,7	120,2	97,7	86,5	70,7
Espérance de vie à la naissance en 2011 (1)						
Hommes	77,3	78,5	75,4	77,6	76,4	78,5
Femmes	84,5	85,7	82,8	84,6	83,6	84,9
Espérance de vie à 65 ans en 2011 (1)						
Hommes	18,4	18,8	17,5	18,7	18,1	18,8
Femmes	22,7	23,3	22,3	22,7	22,0	22,8

(1) Indicateurs sociaux Départementaux

Il convient de citer également, pour la Bourgogne, les indicateurs régionaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui indiquent que la part des 60 ans et plus représente en 2008, 25,7% et représentera 35,3% en 2030.

Devant ces chiffres, nous pouvons rapidement décrire un tableau régional rural dont plus d'un tiers de la population aura plus de 60 ans.

Mais qu'en est-il de leur santé et de leurs besoins ? Pour des raisons méthodologiques, nous ciblerons l'étude de ce point en fonction des autorisations SSR spécialisées de la structure étudiée.

Concernant les besoins de santé notamment d'un point de vue neurologique et orthopédique⁵ :

Données de mortalité et morbidité

Sur la période 2000-2007, il est dénombré en moyenne chaque année un peu plus de 5.100 décès de Bourguignons causés par des maladies de l'appareil circulatoire.

22 % sont dus à des maladies vasculaires cérébrales.

⁵ Agence Régionale de Santé ARS Bourgogne : Programme Régional de Santé 2012-2016

Plus de 13.100 Bourguignons ont été admis en affection de longue durée pour cette cause par an (période 2005-2007). Dans la moitié des cas, il s'agit d'hommes et deux fois sur trois de personnes de 65 ans et plus. Dans un tiers des cas, ces admissions en Affection Longue Durée (ALD) sont motivées par une hypertension artérielle (facteur de risque premier de l'Accident Vasculaire Cérébral).

Précision que s'ajoute à ceci une orientation neurologique en augmentation.

Tableau 9 : Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour affections neurologiques dans les départements de Bourgogne en 2005-2007

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	BOURGOGNE
Maladie d'Alzheimer	412	243	585	369	1 609
Épilepsie	186	83	172	150	590
Maladie de Parkinson	107	71	169	88	435
Sclérose en plaques	41	14	40	25	120
Ensemble de ces affections neurologiques	746	410	966	632	2 754

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, Ministère de la Santé, DREES

5 Source : Ministère de la Santé, DREES.

Selon le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2009

Sur plus de 4000 séjours d'Accident Vasculaire Cérébral, environ **14%** des modes de sortie (Unité Neuro Vasculaire (UNV), ou service de médecine aigue) sont représentés par le SSR.

4.6% des 566 séjours Sclérose en Plaques (SEP) s'orientent vers du SRR.

Respectivement **3%** sur 3000 Traumatisés Crâniens (TC), et **13%** des 600 TC graves trouvent leur places en SSR.

Face à ces chiffres, il est légitime de maintenir une orientation de prise en charge neurologique au centre.

S'ajoute à ces données, une démographie médicale et paramédicale alarmante notamment en termes de premiers recours, obligeant les structures de soins de type SSR à être le principal relais avant le domicile.

1.1.3 L'offre de soins du territoire : le premier recours ⁶

28 Professionnels de santé libéraux ou mixte (1)						
En exercice au 1.01.2013 : nombre et densité pour 100 000 habitants (2)						
Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES						
Professions	BOURGOGNE	Côte-d'or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	France métropolitaine
Médecins généralistes						
nombre	1 557	591	185	491	290	67 445
densité	95	112	84	88	84	106
<i>dont praticiens de 55 ans et plus</i>	748	237	103	249	159	31 542
Médecins spécialistes						
nombre	1 212	486	141	370	215	59 799
densité	74	92	64	66	63	94
<i>dont praticiens de 55 ans et plus</i>	633	224	82	186	141	31 787
Ensemble des médecins libéraux (nombre)	2 769	1 077	326	861	505	127 244
Chirurgiens dentistes						
nombre	745	271	98	242	134	36 094
densité	45	52	45	43	39	57
Infirmiers						
nombre	2 061	635	239	794	393	92 803
densité	125	121	109	143	114	146
Masseurs kinésithérapeutes						
nombre	1 226	533	133	370	190	59 360
densité	74	101	60	66	55	94
Pédicures-podologues						
nombre	241	72	34	71	64	12 029
densité	15	14	15	13	19	19
Orthophonistes						
nombre	284	103	24	107	50	17 176
densité	17	20	11	19	15	27

Il est constaté sur le territoire de la Saône et Loire deux points critiques.

Le premier point, tout d'abord, est une densité de médecins généralistes en-deçà de la moyenne française (88 généralistes pour 100.000 habitants dans ce département pour une référence nationale de 106). De plus, nous sommes forcés de constater une alarmante proportion des praticiens de plus de 55 ans.

Le second point critique est le nombre de kinésithérapeutes libéraux du territoire de Saône et Loire qui se situe également bien en-dessous de la référence nationale (leur densité s'élève à 66 kinésithérapeutes pour 100.000 habitants contre une référence nationale de 94). Cette problématique n'est pas négligeable lorsque l'on doit considérer le retour ou la prise en charge des patients nécessitant un maintien de rééducation post SSR ou pour des patients dont l'accès en SSR est difficile.

⁶ Source DRESS : *Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social*(STATISS)

1.1.4 L'offre de santé en termes de SSR⁷

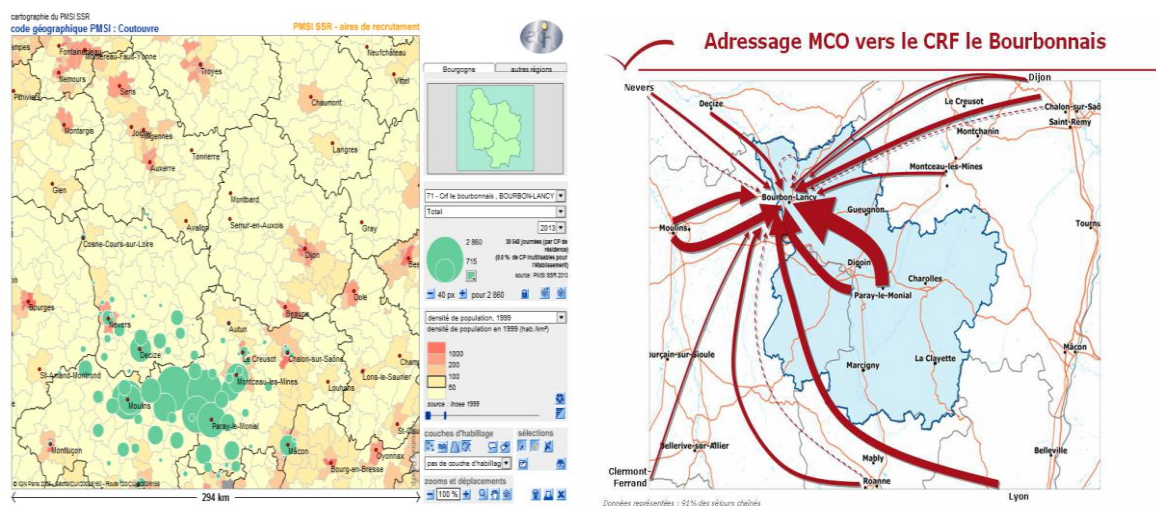
Le SROS SSR Bourgogne identifie 60 établissements disposant d'une autorisation d'activité en SSR dont 35 avec mention. Le CRRF Le Bourbonnais se situe sur le territoire de la Saône et Loire qui comporte 11 établissements SSR (918 lits et places soit un taux d'équipement égal à 1,67 pour 1.000 habitants proche de la moyenne nationale de 1,69 en France métropolitaine).

L'établissement est limitrophe d'une autre région sanitaire qu'est l'Auvergne. Sa zone d'influence est donc extrarégionale et a été accentuée suite à la baisse d'activité d'un service de rééducation au Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure (Allier) situé à 35 km de l'établissement.

Sur le territoire, deux SSR spécialisés aux autorisations similaires coexistent sur le bassin de recrutement :

- Le Pasori 58200 COSNE-SUR-LOIRE,
- Mardor 71490 COUCHES.

La zone d'influence s'étend sur le pays Charollais – Brionnais (soit un bassin de population de 290.000 habitants), mais aussi vers l'Ouest et le Sud sur Moulins-Vichy, le Roannais et le Nivernais avec les CH de Decize et Nevers⁸.



1.1.5 Orientations du Plan Régional de Santé (PRS)⁹

⁷ Source DRESS : *Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS)*

⁸ Source ARS : cartographie du PMSI SSR Bourgogne (Données de l'ATIH)
<http://carto-ssr.atih.sante.fr/cp.php?req=26>

Les affections du système nerveux

Selon le Plan Régional de Santé, la filière de rééducation pour les AVC est insuffisamment développée. Le volet SSR du SROS préconise une amélioration de la prise en charge des AVC et des pathologies neurologiques chroniques au sein de chaque territoire.

75 % des AVC concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Face au vieillissement de la population préalablement constaté, le besoin de prise en charge va a priori évoluer dans le même sens. De plus, au regard de la surmortalité de la région Bourgogne pour l'AVC, des progrès restent à faire en termes de prise en charge tant en court séjour (UNV, fibrinolyse...), qu'en SSR. Compte tenu de la situation défavorable de la démographie médicale/paramédicale, le renforcement des structures existantes, afin de répondre aux besoins de la population, est proposé, et doit s'accompagner d'un développement de la prise en charge en hôpital de jour.

Il convient également :

- de renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical ;
- de développer pour chaque établissement disposant d'une activité de SSR avec mention système nerveux, des complémentarités avec d'autres établissements de son territoire, afin de mettre en place une filière de prise en charge graduée des patients.
- d'améliorer et de renforcer la prise en charge en SSR avec mention « système nerveux » des patients les plus lourds (traumatismes crâniens/médullaires, trachéotomisés), notamment par la création de 6 lits de post-réanimation neurologique au CHU de Dijon, et de formaliser le partenariat avec les services d'urgence ;
- d'améliorer la prise en charge des AVC et des pathologies neurologiques chroniques au sein de chaque territoire ;
- d'améliorer l'organisation de la filière en renforçant le lien avec l'aval, le médico-social, par le biais d'équipes mobiles, de la prise en compte par le sanitaire de la partie réinsertion (aides techniques, aménagement du domicile), d'un renforcement des contacts avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

⁹ ARS Bourgogne : Programme Régional de Santé 2012-2016

Concernant les affections de l'appareil locomoteur

Compte tenu de la situation défavorable de la démographie médicale/paramédicale, de la nécessaire pluridisciplinarité des équipes et de leurs effectifs, de la technicité du plateau de rééducation, du seuil d'activité requis, le maintien des structures existantes avec un renforcement des alternatives à l'hospitalisation, afin de répondre aux besoins de la population, est acté.

Il convient également :

- De renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical ;
- De maintenir la prise en charge des sepsis ostéo-articulaires notamment au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon dans la mesure où il y a un accès facile à l'avis d'un infectiologue.

Face aux orientations du PRS, le choix des deux autorisations du CRRF semble être totalement justifié.

1.2 Présentation de l'infrastructure

1.2.1 Présentation générale

DENOMINATION SOCIALE		UGECAM CRRF Le Bourbonnais
ADRESSE		7 rue de la Roche – 71140 BOURBON LANCY
FORME D'EXPLOITATION		Organisme de sécurité sociale
NUMERO DE FINESS		71 078 1535
NUMERO DE SIRET		424 163 764 00071
CODE APE		9610Z
REPRESENTANT LEGAL	NOM ET PRENOM	Mme KLEIN Marie Paule
	Qualité	Directrice de l'UGECAM
DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT	NOM ET PRENOM	Mr NEBOUT Philippe
MEDECIN COORDINATEUR	NOM ET PRENOM	Dr NOEL Philippe

Le centre de rééducation et de réadaptation « Le Bourbonnais » est un établissement sanitaire du groupe de l'Union de Gestion Caisse d'Assurance Maladie (UGECAM) Bourgogne Franche Comté¹⁰.

Historiquement, les établissements de l'assurance maladie répondaient aux besoins d'après-guerre en termes d'offre sanitaire et médico-sociale. Les différentes Lois Hospitalières de 1991 et de 1996 permettant à l'assurance maladie d'être représentée au sein des Agences Régionale Hospitalière, une séparation juridique est devenue nécessaire créant ainsi 13 UGECAM.

Organismes de droit privé à bon but non lucratif, les UGECAM gèrent des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Assurance maladie (225 établissements). Par suite, en 2009, une direction nationale est créée fin de fédérer un véritable groupe national.

L'UGECAM Bourgogne et Franche-Comté s'est développée et gère aujourd'hui :

- deux établissements de santé (un CRRF, une Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire Spécialisé),
- six établissements médico-sociaux (un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP), un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et trois Instituts Médico-Éducatifs (IME),
- quatre services médico-sociaux ambulatoires à destination des enfants, adolescents, jeunes majeurs et adultes (trois Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile et un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)).

Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF)¹¹

Le CRRF « Le Bourbonnais » accueille des adultes et des adolescents (à partir de 15 ans) pouvant bénéficier d'un traitement de rééducation.

Créé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Saône-et-Loire, il a ouvert ses portes le 2 mai 1973. Son implantation à Bourbon Lancy fut à l'origine motivée par la présence d'eau thermale susceptible d'être utilisée pour l'activité de rééducation, mais la complexité de son utilisation ainsi que ses effets thérapeutiques limités pour les prises en charges proposées, ont rapidement conduit l'établissement à y renoncer.

¹⁰ Source UGECAM : <http://www.ugecam-bfc.fr/>

¹¹ Source : Projet Etablissement 2012/2017

Historiquement, l'établissement assurait une prise en charge polyvalente avec **une forte orientation d'orthopédie et de traumatologie.**

L'existence d'un service d'appareillage depuis l'ouverture a permis de compléter l'offre de soins aux patients amputés.

Entre 1997 et 2001, l'objectif était de développer et d'ouvrir des lits à orientation neurologique, ce qui a été réalisé en 2000 sur deux services confondus.

Ce type de prise en charge s'est ensuite accentué pour répondre aux besoins de santé du territoire.

Sa gestion a été assurée par la CPAM de Saône et Loire jusqu'en 2000, date de création des UGECAM.

La capacité d'accueil de 100 lits est répartie en 64 chambres individuelles et 18 chambres à deux lits.

Depuis 2009, l'établissement dispose d'un service d'hospitalisation de jour de 10 places.

En termes de coopération :

L'établissement se situe sur le même site que le Centre hospitalier de Bourbon Lancy qui dispose d'une capacité de 308 lits et places (médecine, SSR polyvalent, EHPAD).

Dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS de moyens), plusieurs fonctions sont mutualisées (restauration, lingerie, pharmacie, Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) hygiéniste). Les astreintes médicales sont également communes.

En termes de démarche qualité :

L'établissement s'est engagé dans une démarche qualité depuis 2004. Avec le soutien de la responsable Qualité régionale, la Direction coordonne la mise en place de cette démarche qualité.

Toutes les parties prenantes (professionnels, patients, représentants des usagers, etc...) sont impliquées dans la démarche de qualité au travers des différentes commissions, groupes de travail et instances.

Ainsi cette participation croisée et pluridisciplinaire permet une synergie des actions menées et facilite la communication.

L'établissement est aujourd'hui certifié V2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis le 25 juillet 2014.

1.2.2 Activité de l'établissement ¹²

➤ Toutes hospitalisations confondues

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de journées et venues	29 590	30 794	30 263	30 548	30 681
Evolution nombre de journées et venues en %		4,07	-1,72	0,94	0,44

➔ Le niveau d'activité augmente de 0,44% par rapport à 2013.

➤ Hospitalisation Complète (HC)

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de journées	27 908	28 757	27 763	27 724	27 331
Evolution nombre de journées en %		3,04	-3,46	-0,14	-1,42

➔ L'activité en hospitalisation complète baisse de 1,42%

➤ Hospitalisation de jour (HDJ)

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de venues	1 682	2 037	2 500	2 824	3 350
Evolution nombre de venues en %		21,11	22,73	12,96	18,63

➔ L'activité en hospitalisation de jour continue à progresser (+18,63%).

Provenance géographique

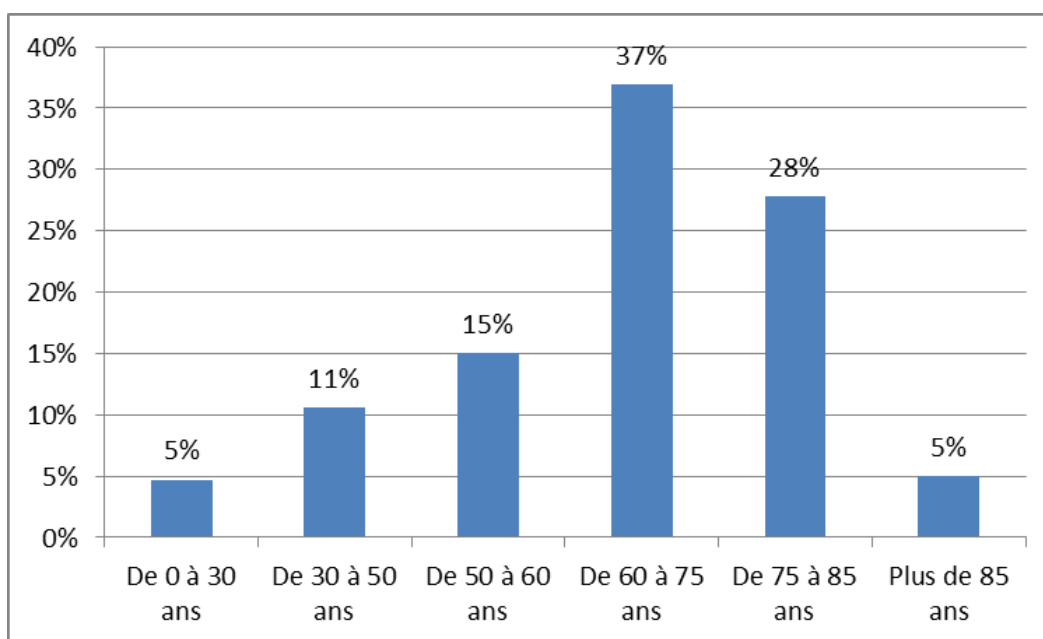
Département d'origine	2011	2012	2013	2014
Saône et Loire	53%	54%	52%	50%
Nièvre	13%	13%	13%	14%
Allier	32%	30%	31%	30%
Autres	2%	3%	4%	6%

	2011	2012	2013	2014
Nombre de patients	713	694	730	828

➔ Le nombre de patients progresse significativement (+13,42%). Il passe de 660 à 700 patients en hospitalisation complète (+6,06%) et de 102 à 185 en hospitalisation de jour (+81,37%).

¹² Source : Direction CRFF et données du PMSI

Pyramide des âges



→ L'âge moyen des patients est de 65 ans (63 en 2013).

Il existe des disparités de l'âge moyen des patients en fonction des pathologies :

- 61 ans pour la neurologie ;
- 66 ans pour la rhumato-orthopédie et la traumatologie ;

1.2.3 Les moyens humains et organigramme

Après les réorganisations de l'organigramme et les créations de postes inscrites dans le Contrat Pluri annuel d'Objectifs de Moyens (CPOM), l'effectif s'élève désormais à 131 postes pour 122 Equivalents Temps Plein et (ETP) ¹³ .

1.2.4 L'organisation des soins

Le centre accueille aujourd'hui une prise en charge en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

Ainsi le centre de rééducation se compose :

- ✚ Du service Médical avec 5 médecins (dont un médecin neurologue et coordonnateur). S'articule autour du médecin coordonnateur, un plateau d'orthophonie, de neuropsychologie, de psychologie

En outre, sous la tutelle d'un médecin (Médecine Physique et Réadaptation – MPR), un plateau d'appareillage permet une prothésisation précoce.

¹³ Annexe 1

- ✚ D'un service Infirmier géographiquement représenté par deux services de 50 lits sous la responsabilité d'une cadre de santé et de deux coordinateurs d'étage.
- ✚ D'un service de Kinésithérapie : un plateau technique de rééducation, un gymnase, et une balnéothérapie sous la responsabilité du cadre de santé.
- ✚ D'un service d'Ergothérapie sous la responsabilité d'une cadre de santé.
- ✚ D'un service de Restauration agissant dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec l'hôpital Aligre, sous la responsabilité d'un chef cuisinier.
- ✚ D'un service de maintenance et un service administratif, regroupant la direction, la gestion du personnel, la facturation patient, la qualité et la gestion des risques, et la fonction achat.

1.2.5 Le système d'information :

- Concernant le patient, il est divisé en deux parties :

* Un **dossier patient** regroupant les données cliniques du patient dont l'accès est réservé au personnel médical et paramédical. Il est toutefois à signaler que le Dossier Patient Informatisé (DPI) est partiellement informatisé puisque le Dossier infirmier est encore pour partie sous format papier (ce qui rend l'accès aux informations des unités de soins éloigné géographiquement ne favorisant pas une information et communication immédiate sur le patient).

* Une **interface administrative** (facturation) dont l'accès est réservée au service administratif.

- Concernant la gestion des ressources humaines dans le processus de traitement des paies, un logiciel est en place.

- Concernant la politique de l'établissement, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les procédures et protocoles, la communication des différentes instances, il existe un réseau intranet.

1.2.6 Les Instances ¹⁴:

Le CRRF regroupe diverses instances : CME, COMEDIMS, CODIR, COPIL, GDR, CHSCT, CE, DP, CRUQPC, Comité Ethique en collaboration avec l'hôpital, CLUD, CLIN, CLAN.

¹⁴ cf. glossaire

2. Du contrat aux projets : des projets au projet

2.1 Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens UGECAM / ARS

Le CPOM¹⁵ de Bourgogne est l'occasion pour l'UGECAM de procéder à la restructuration du CRRF Le Bourbonnais afin de renforcer les prises en charge en neurologie, en particulier pour les patients les plus lourds, répondant en cela aux besoins des usagers du territoire et au PRS.

Les axes principaux sont les suivants :

- Structurer le fonctionnement de l'hôpital de jour pour être conforme à la réglementation,
- Projet de rénovation des bâtiments et des chambres,
- ***Orientation de l'activité de SSR vers une prise en charge plus importante en neurologie et de patients plus lourds (diminution de la capacité de 100 à 90 lits s'accompagnant d'un développement de l'unité neurologique qui passera de 30 à 40 lits),***
- Articulation avec les acteurs du médico-social et les autres acteurs du territoire, soit par la création de structures, soit via des partenariats (collectivités locales, association d'usagers, etc...).

Ce CPOM oblige la structure à de nombreux remaniements d'un point de vue organisationnel et architectural. C'est donc devant ses différents axes que va se décliner le projet managérial. En effet, nous nous arrêterons au 3ème point du CPOM, à savoir le développement de l'activité en neurologie.

L'offre actuelle présente un étage de 50 lits dont 30 lits de neurologie et 20 lits d'orthopédie pour le 1^{er} étage et 50 lits d'orthopédie pour le 2nd.

L'offre future sera donc constituée d'un étage complet identifié « neurologie ».

Comme nous l'avons abordé ci-dessus, ceci se traduira par une diminution de la capacité de 100 à 90 lits s'accompagnant d'un développement de l'unité neurologique qui passera de 30 à 40 lits.

Est-il possible de répondre favorablement à ce contrat dans l'état actuel de nos possibilités et de nos organisations ?

¹⁵ Sources CPOM entre ARS et UGECAM BFC 2013/2017

2.2 Etat des lieux du CRRF

2.2.1 Les possibles du CRRF face à la législation et à la coordination de parcours

Historiquement, le décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation, avait distingué l'activité de soins de suite d'une part, de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle d'autre part. Depuis, le **décret n° 2008-377 du 17 avril 2008** les réunit en une seule activité de « soins de suite et de réadaptation ». A la lecture de ce décret et **la circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008** relative à ce décret, il semble que, globalement, le fonctionnement actuel du CRRF réponde aux exigences législatives.

Dans le cadre de ce travail je focaliserais volontairement et prioritairement mon analyse sur la thématique de la neurologie. Il est vrai que le CRRF accueille également des patients atteints de l'appareil locomoteur mais les processus actuels semblent bien routiniers (trop peut-être, nous en reparlerons ultérieurement).

Je relève d'ores et déjà, quelques points qui ne correspondent pas exactement à la « prescription ». En effet, le texte indique bien « ¹⁶*L'équipe pluridisciplinaire réalise pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique, en liaison avec le médecin ayant prescrit les soins de suite et de réadaptation. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués* ». A ce jour, il existe un projet thérapeutique mais celui-ci n'est pas réellement élaboré en équipe de manière pluridisciplinaire. Les soignants et les rééducateurs élaborent leurs objectifs sans concertation collective et souvent en l'absence du patient qui se retrouve devant des objectifs préétablis sans vraiment avoir pris sa part de décision.

Nous reviendrons plus en avant sur ce point qui semble avoir une certaine importance dans la prise en charge du patient et sur la notion d'équipe.

Citons un autre point sur cette circulaire issu de la fiche b) « La prise en charge des affections du système nerveux en SSR » stipulant que la « *continuité des soins est assurée (...) ainsi que la possibilité de kinésithérapie de week-end et jours fériés*¹⁷. » Ce point n'est pas négligeable dans la mesure où les préconisations du SROS Bourgogne pour les volets SSR et neurologie, nécessitent le renforcement de la prise en charge des patients les plus lourds (traumatismes crâniens, médullaires, trachéotomisés). Les

¹⁶ Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

¹⁷ CIRCULAIRE DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative au décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

trachéotomisés, pour exemple, nécessitent pour la plupart une prise en charge sept jours / sept de kinésithérapie alors qu'il n'est pas encore instauré d'astreinte ou de garde pour ce type d'interventions.

Ce point oblige aujourd'hui à reconsidérer l'admission de cette typologie de patients, ne facilitant pas la fluidification du parcours patient sur le territoire.

Il existe également une **circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B n° 280 du 18 juin 2004** relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires, dans laquelle il est préconisé, en termes d'architecture, que « *La personne doit être accueillie, de préférence, en chambre individuelle*¹⁸ ». Ce point sera également à reconsidérer dans la réflexion architecturale.

D'un autre point de vue, **cette circulaire de 2004** pose déjà les jalons de la notion de réseau, de coordination, de continuité et d'interdisciplinarité des prises en charge, quels que soient les champs d'action concernés : sanitaire, médico-social et social, établissement ou ville. Ces notions sont également reprises dans l'Annexe 2 - COORDINATION TERRITORIALE EN SSR - de la circulaire de 2008. En effet, le SSR ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.

C'est pourquoi il est nécessaire de fluidifier, de coordonner le parcours des patients. Ainsi nous voyons différents outils¹⁹ tel que des guides, des interfaces informatiques (*Trajectoire*®), se développer pour optimiser ce parcours.

En effet, le SSR est devenu une passerelle indispensable entre la MCO et le milieu médico-social et/ou le domicile. Comme le précise le rapport de la cour des comptes de la Sécurité Sociale de 2012, les SSR «... sont tributaires des prescriptions du secteur sanitaire en amont - c'est-à-dire de l'organisation et des optimisations, notamment de durée de séjour, propres au fonctionnement des services de court séjour - et des capacités d'accueil du secteur médico-social situé en aval. »²⁰

De plus, les SSR n'ont pas non plus la maîtrise des sorties de leurs patients, alors que le développement des capacités en soins de suite et de réadaptation a au contraire

¹⁸ Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires

¹⁹ HAS juillet 2013 « Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation »

²⁰ Cour des comptes - Sécurité sociale 2012 – septembre 2012 p343
<http://www.ccomptes.fr/fr./Publications/Publications/Securite-sociale-2012>

permis de renforcer l'aval des services de court séjour. En effet, nous pouvons penser que le SSR est devenu un levier pour la MCO lui permettant de baisser son temps de prise en charge et ce de manière plus ou moins oppressante.

En outre, le SSR éprouve de grande difficulté dans la coordination du parcours des patients obligeant les structures à opérer des stratégies pour le placement des patients neurologiques complexes. Le nombre de places en maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés offerts est limité avec des délais d'attente oscillant entre 3 et 7 ans.

Ces délais impressionnants empêchent dans un premier temps la libération de lits en faveur de la MCO et provoquent dans un second temps un effet au départ insoupçonné : la démotivation des équipes de SSR devant cette chronicisation de patients.

Ce constat représente une faiblesse dans le futur projet d'accroître la neurologie sur le site.

Mais pour tenter de contrecarrer cette difficulté de coordination dans le parcours des patients, le CRRF - via le CPOM - préconise dans un premier temps, en termes de projet (parallèle et complémentaire), une structuration de l'hôpital de jour aux allures de tremplin entre l'hospitalisation complète et le domicile.

Dans un second temps, il préconise une articulation avec les acteurs du secteur médico-social et les autres acteurs du territoire, soit par la création de structures, soit via des partenariats (collectivités locales, association d'usagers, etc...). Ce second point s'axera autour de l'adhésion au réseau COMETE (dispositif d'insertion précoce des usagers) et la création d'un SAMSAH dont l'objectif est l'accompagnement et la réinsertion des patients issus du SSR en ayant une notification de MDPH dans le but de favoriser le retour à domicile des patients.

De tels patients admis au centre, présentant des pathologies neurologiques faisant l'objet de circulaires²¹⁻²², de recommandations, de plans²³ divers, représentent une population qu'il convient dès lors de présenter.

²¹ Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC

²² Circulaire n° DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral

Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniocérébraux et des traumatisés médullaires

²³ Le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »

2.2.2 Les bénéficiaires : les patients d'aujourd'hui attendent ; qu'en serait-il demain ?

Actuellement, 30 % de l'activité du CRRF représente une prise en charge neurologique.

Pathologies traitées toutes hospitalisations confondues (en pourcentage du nombre de journées - Données extraites du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - PMSI)

Libellé	2011	2012	2013	2014
Affections du système nerveux (neurologie)	33,70%	32,60%	33,80%	31,64%
Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	57,60%	59,50%	57,45%	57,34%
Amputation	7,80%	7,00%	7,35%	8,12%
Autres	0,90%	0,90%	1,40%	2,89%

En hospitalisation complète (données issues du PMSI décembre 2014)

N° CMC ²⁴	2013	2014	2014/2013	2014/2013	2013%	2014%	diff %
01 Système nerveux	8 189	8 069	-120	-1,47	91,96	85,35	-6,61

Il est constaté une baisse du nombre de journée « système nerveux ». Ceci est expliqué par une difficulté de placement des patients en aval du SSR (cf. infra).

Concernant la Durée Moyenne de Séjour (DMS) du CRRF et la dépendance des patients, il est difficile au travers des chiffres actuels de séparer les deux orientations « système nerveux » et « ostéo-articulaires ».

Les données retrouvées dans les documents professionnels du CRRF sont des données relativement généralistes.

DMS (Durée Moyenne de Séjour) de l'établissement

	2011	2012	2013	2014
Durée moyenne de séjour établissement	43	46	43	41

²⁴ Catégorie majeure clinique

Donnée DMS affections système nerveux	44.4	48	55.6	53
---------------------------------------	------	----	------	----

→ La DMS affiche une baisse de 2 jours sur 2014 par rapport à 2013.

Toutefois cette DMS est toute relative, sachant que la DMS pour les pathologies du système nerveux avoisine **les 53²⁵ jours** en 2014 pour **une référence nationale de 29,7 jours²⁶**. De plus, après de plus amples recherches dans différents documents, la DMS en 2011 et 2013²⁷, concernant la neurologie, était de 42 jours. Cette différence est particulièrement importante à prendre en considération, puisqu'elle correspond à l'année du rebasage des lits de neurologie sur le même étage. **Ceci démontre une problématique dans notre performance depuis cet évènement.**

Concernant « l'ostéo-articulaire » (non traumatique), la DMS s'élève à 28,8 jours contre une DMS nationale de 22,8 jours ; et pour « l'ostéo-articulaire » (traumatique), celle-ci s'élève à 35,7 jour contre une DMS nationale de 36,86.

La dépendance :

Concernant la dépendance des patients, nous pouvons depuis des années constater une nette évolution de cette dépendance des patients.

Données PMSI (Octobre 2014)

Moyenne Dépendance pour 30 lits Affections du système nerveux	2013	2014	2014/2013	Moyenne Dépendance 70 lits orthopédie	2013	2014	2014/2013
Habillage	3,51	3,60	0,09	Habillage	3,08	3,15	0,07
Déplacement	3,46	3,72	0,26	Déplacement	1,69	1,86	0,17
Alimentation	2,61	2,90	0,29	Alimentation	1,41	1,40	-0,01
Contenance	3,22	3,38	0,16	Contenance	1,70	1,89	0,19
Communication	2,06	2,44	0,38	Communication	1,19	1,20	0,01
Relationnel	2,15	2,32	0,17	Relationnel	1,17	1,18	0,01
Dépendance physique	12,81	13,59	0,78	Dépendance physique	7,88	8,30	0,42
Dépendance psychique	4,21	4,77	0,56	Dépendance	2,36	2,38	0,02

²⁵ Données du PMSI 2014 pour les 30 lits « affections du système nerveux » suite à une requête spécifique

²⁶ Hoscare 2011 (données du siège UGECAM) et CPOM 2012/2017

²⁷ ibid.

				psychique			
Dépendance totale	17,02	18,36	1,34	Dépendance totale	10,23	10,68	0,45

Le développement de 10 lits supplémentaires en neurologie coïncide, comme nous l'avons vu précédemment, avec la nécessité de prendre soins des malades plus lourds, voire plus complexes. De plus, l'objectif de fluidifier le « parcours neuro » du patient est un point essentiel. Il est certain que la moyenne de la dépendance va s'accroître dans le cadre de ce développement, cet élément devant être considéré lors de l'évaluation des effectifs du personnel.

Une file active ou une file d'attente ?

Actuellement, entre 12 et 15 dossiers restent en permanence en attente faute de place. De plus, il peut exister un écart entre 2 et 75 jours d'attente pour un dossier selon la période. Dans le tableau des entrées (tenu par la secrétaire référente des admissions), nous recensons des refus de la part du centre surtout en période estivale : sur 63 demandes, 6 refus ont été émis soit 9% entre le 01/07/2014 et le 01/09/2014, et 55 demandes sur 369, soit 14 %, partent dans une structure différente ou à domicile.

Cette déperdition est souvent liée à une difficulté dans le processus de sortie des patients qui se trouve par ailleurs être un point critique de l'organisation du centre.

Comme le précise la cours des comptes dans l'un de ses rapports²⁸ « *les différences de durée moyenne de séjour (DMS) ne sont pas considérables entre les secteurs. Cependant les cliniques évitent mieux que les Etablissement Public de santé EPS et les ESPIC²⁹ les séjours très longs, sans doute parce qu'elles accueillent moins de personnes multi-dépendantes mais c'est lié parce qu'elles rencontrent moins de blocages dans le processus de sortie des patients* ».

À la demande générale des rééducateurs et des soignants et pour tenter d'optimiser la sortie du patient et de diminuer notre DMS, une EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) « sortie du patient » s'est constituée en parallèle afin de répondre à un mode d'organisation peu structuré. Il est bien entendu que les conclusions de ce groupe devront être prises en considération et impacteront le projet en question.

²⁸ Cour des comptes -Sécurité sociale 2012 – septembre 2012 p348

²⁹ Etablissements de santé privés d'intérêt collectif

Sortons à présent de l'aspect chiffré des patients pour aborder un point essentiel dans la prise en charge du patient, à savoir son ressenti vis-à-vis de nos prises en charge actuelle.

La plupart des centres de rééducation possède leur plateau technique relativement excentré du lieu de soins et - si j'ose dire - d'hôtellerie, ce qui marque une différence importante de dispositions psychologiques du patient entre chacun de ces deux lieux.

En effet, le patient semble et est parfois plus autonome en soins de rééducation que dans sa chambre, estimant ce lieu de vie uniquement comme un lieu de repos.

Alors (re)devenu «dépendant », certaines discordances d'évaluation des progrès entre soignants et rééducateurs demeurent problématiques, remettant en cause parfois la performance d'équipe.

De plus, ce fossé tente de se creuser devant un cloisonnement de pratiques et une articulation entre acteurs peu formalisée et peu communicante. En effet, en dépouillant certains questionnaires de satisfactions des patients, cette incoordination entre acteurs de soins est mise en relief, plaçant parfois le patient en position d'arbitre entre ces derniers.

Cette incompréhension est souvent créatrice de tensions entre équipes qu'il est maintenant indispensable d'analyser.

2.2.3 Les acteurs face à la neurologie : culturellement et politiquement.

Un constat : un cloisonnement des acteurs face à une spécialité peu attractive mais assurant cependant l'avenir.

*** Un peu d'histoire...**

Avant toute présentation détaillée des acteurs concernés par ce projet d'accroissement d'activité, il est important d'appréhender un petit historique de la situation et certains points du passé afin de mieux cerner les enjeux qui l'entourent.

En 2000, afin de répondre également aux besoins de santé du territoire, des lits de neurologie ont été développés au sein du CRRF. En effet, ces différents lits se situaient sur les deux étages de manière confondue, à savoir 15 lits par étages. L'organisation et la prise en charge des patients étaient relativement bien stabilisée.

En 2011, afin de répondre favorablement aux orientations des tutelles, la nécessité de la spécialisation de la prise en charge a nécessité le regroupement des lits dits « de neurologie » sur un même étage avec création d'une équipe neuro-dédiée. En effet, d'un point de vue des soignants, il a été nécessaire d'expliquer l'initiative de ce projet et les

raisons de ce changement intervenant après de nombreuses années au fonctionnement finalement routinier.

Deux problématiques ont immédiatement été soulevées par l'équipe soignante : la première concernant la crainte organisationnelle de devoir concentrer et prendre soins de trente patients atteints de troubles neurologiques au travers d'un prendre soin de plus en plus spécifique, et la seconde concernant les effectifs à assigner sans entraîner de frustration chez les soignants habitués à travailler ensemble depuis des années.

Concernant la seconde appréhension, les agents ont pu choisir leur unité d'affectation (neurologie ou orthopédie) et le hasard a permis de couvrir les besoins de chacune des deux unités sans imposer de destinée particulière.

Concernant la première appréhension, l'aspect organisationnel et l'approche des soins ont été bien accompagnés. De plus, différentes actions pédagogiques en commun avec le médecin coordinateur ont été abordées.

Cependant, dans les autres secteurs de soins notamment rééducatifs, des difficultés dans le choix des spécialisations se sont présentées et l'approche d'un travail en commun davantage basé sur une interdisciplinarité a rapidement été et est encore une zone critique dans la prise en charge du patient.

En effet, au-delà des difficultés organisationnelles liées à ce rebasage de lits, l'accompagnement des équipes n'a pas réellement permis de créer la dynamique escomptée. Cette carence de coopération et ce cloisonnement des pratiques avaient déjà été constatés auparavant et se sont retrouvés mis en lumière par le pré-diagnostic relatif aux risques psycho-sociaux probables dans la structure réalisé par l'ARACT (Agence Régionale des Conditions de Travail) dont l'intervention avait été demandée par l'établissement à l'occasion d'un arrêt maladie.

Malheureusement, dans un contexte où la concentration des patients dit complexes nécessite une profonde collaboration entre acteurs, celle-ci se montre aujourd'hui peu satisfaisante.

Intéressons-nous alors davantage à ces acteurs au travers d'une présentation rapide de leurs différentes catégories et de leurs aspects culturels.

* **Les acteurs**

- **Les acteurs médicaux :**

Cinq médecins exercent actuellement au centre, coordonnés par un médecin coordinateur (neurologue). Notons que celui-ci est également le référent de l'hôpital de jour.

Le service « neuro-ortho » se partage entre trois médecins prenant chacun en charge un nombre différent de patients. Parmi ces trois médecins, un seul médecin est exclusivement dédié à cet étage divisant son activité entre orthopédie et neurologie. Deux des trois médecins exercent également au second niveau avec le quatrième médecin exclusivement dédié à l'orthopédie.

Au travers de ce simple descriptif, nous voyons aujourd'hui une disparité numérique de prise en charge de patients et une difficulté d'orientation quant à la spécialité à choisir. En outre, il apparaît que le médecin coordinateur rencontre une réelle difficulté à imposer à ses confrères une orientation médicale aboutissant ainsi une tentative d'organisation satisfaisant ses collègues. De plus, face à une démographie médicale locale en berne « *Les effectifs de diplômés en médecine physique et de rééducation sont au demeurant probablement insuffisants désormais pour couvrir les besoins du secteur³⁰* », le management des acteurs médicaux reste difficile à orchestrer notamment dans les choix de spécialités, de modalités et d'organisation de travail, et ce dans un contexte normatif parfois contraignant.

- **Les rééducateurs :**

Les ergothérapeutes :

Les ergothérapeutes, actuellement au nombre de cinq sur l'hospitalisation complète, représente une catégorie de personnel à la croisée des mondes entre kinésithérapie et soins, à savoir la réadaptation. Les ergothérapeutes aujourd'hui ont une activité principalement basée sur la prise en charge neurologique. Ainsi, devant une augmentation de l'activité, certaines préoccupations en termes d'effectifs surgissent, puisque ceux-ci interviennent également dans le cadre de l'orthopédie.

Actuellement géographiquement séparés des unités de soins, leurs interventions au sein de l'unité se résument à l'installation des patients dans leur environnement et des interventions d'évaluation et de réadaptation à l'autonomie. Ce sont les acteurs les plus au contact des soignants même si aujourd'hui nous constatons un cloisonnement de leur pratique. Il est à noter toutefois que leur management de proximité tend à une vision beaucoup plus décloisonnée mais se trouve aujourd'hui dans l'attente de décisions et d'orientations plus affirmées de la politique d'établissement et de l'exécutif médical.

En termes de postes de travail, la politique de recrutement des ergothérapeutes est simple et la démographie de cette profession reste peu problématique pour le CRRF.

³⁰ Cour des comptes - Sécurité sociale 2012 – septembre 2012 p 352

Les kinésithérapeutes

Au nombre de douze en hospitalisation complète, ceux-ci se répartissent par moitié entre les deux étages.

La profession de kinésithérapeute propose une modalité de fonctionnement relativement accès sur la prise en charge individuelle et une approche relativement fonctionnelle.

Culturellement, le CRRF n'accueillait que de l'orthopédie ; l'apparition de la neurologie bouleversant depuis leurs représentations.

De plus, il est constaté à ce jour une nette difficulté de choix dans la spécialisation, amenant le management de proximité à allouer à la neurologie des jeunes recrues (boursiers d'études) et des recrues étrangères. Notons toutefois que l'ancienne génération est soucieuse d'intégrer le pôle d'orthopédie.

Devant une certaine méfiance envers cette spécialité, considérée comme difficile et peu valorisante, associée à un cloisonnement des pratiques, tous ces éléments forment un réel frein à l'évolution de l'activité. En outre, il est clairement identifié une difficulté de recrutement dans ce domaine qui rend les rapports et la politique de coordination sous tension.

« Les difficultés de recrutement de personnel, (...) sont certaines dans la plupart des régions pour quelques professions paramédicales, au premier rang desquelles les kinésithérapeutes. Les établissements ne peuvent assumer des rémunérations comparables à ce qu'offrent les cabinets de ville³¹. »

En effet, le management de proximité semble impuissant devant des acteurs qui se retrouvent régulièrement en contradiction avec la vision stratégique du centre.

Les mono- rééducateurs (ou solistes)

Nous entendons ici les personnels paramédicaux comme l'orthophoniste, le neuropsychologue, la psychologue, les APA (activités physique adaptés) - je me permets d'inclure l'assistante sociale au rôle prépondérant dans la sortie du patient - qui possèdent déjà une activité exclusivement orienté neurologie et qui semblent préoccupés par l'évolution de l'activité et la crainte de voir leur charge de travail s'accroître.

La politique actuelle n'est pas orientée vers une augmentation des effectifs dans ce secteur (même si pour la psychologue, actuellement à mi-temps, la question de compléter ce temps est reposée) mais il sera nécessaire de rester vigilant sur l'accroissement de leurs activités. En outre, la collaboration interprofessionnelle est

³¹ Ibid

complexe avec les rééducateurs. En effet, les mono-rééducateurs doivent conjuguer leur organisation de travail avec les horaires relativement imposés par les rééducateurs. Ceci soulève évidemment de nombreuses questions sur la coopération et le travail d'équipe.

Ces catégories professionnelles et principalement l'orthophonie, représentent une réelle difficulté dans le recrutement puisque cette profession a une orientation quasi exclusivement libérale (un an d'attente pour un recrutement en 2013).

- **Les soignants :**

Les infirmières et les aides-soignantes (AS) (et agents d'hôtellerie)

Aujourd'hui répartis entre deux étages entre orthopédie et neurologie, leur activité a fait l'objet d'un choix (cf. infra). Cette catégorie de personnel est habituée à répondre aux changements de pratique et d'organisation, et est convaincue du bien-fondé des actions pour les patients et en second lieu du sens donné à leur travail.

A ce jour, la sémantique actuelle (rééducateurs-soignants) dichotomise les esprits et les actions. Comme le précise une soignante « *nous devons préparer pour telle heure le patient pour les rééducateurs* » laisse derrière cette phrase une certaine déception de ne pas être considérés et reconnus aussi comme des personnels engagés et nécessaires dans la progression du patient.

Au nombre de huit IDE et de quinze ASD, l'équipe soignante ne présente pas de turn-over, le contexte géographique du secteur n'offrant pas beaucoup de structure de soins. De plus, les grandes infrastructures hospitalières se trouvent à 40 minutes de route. Ainsi le recrutement de ces catégories professionnelles reste aisé sur ce territoire.

Cependant, le rebasage des lits avec un travail interdisciplinaire de proximité, moins cloisonné entre acteurs, s'est révélé être un échec. Ce constat entraîne malheureusement une fatigue des esprits et des corps renonçant à de nouveaux efforts si un nouveau modèle d'organisation n'est pas projeté dans le futur.

- **Les brancardiers :**

Véritables acteurs transversaux, ceux-ci se trouvent être les représentants des interfaces de soins et vifs connaisseurs des problématiques entre ces cloisons. Leur rôle dans la structure est à mes yeux (après observations) relativement flou. En effet, dans la fiche métier, il est écrit : « *Transporter, accompagner et assurer la manutention des patients au sein d'un établissement de soins* ». En effet, ceux-ci assurent la manutention dans le pôle de rééducation mais pas dans le pôle de soins. Ce système est bien représentatif d'une organisation à deux vitesses ; ce phénomène étant explicable par le fait que les brancardiers sont sous la responsabilité du pôle de kinésithérapie.

- **Le management de proximité**

Trois chefs de services (cadres de santé) : kinésithérapie, ergothérapie et infirmerie (épaulés par deux coordinateurs d'unité) qui hier et aujourd'hui affirment avoir conscience de ce cloisonnement. Leurs activités de coordination se révèlent être très fonctionnelles dans leurs secteurs et, après enquête, il apparaît qu'ils n'ont guère travaillé ensemble dans le cadre de projets communs interservices.

Des ajustements ou des petits projets à deux secteurs (souvent dans le cadre de la rééducation/réadaptation) ont pu voir le jour mais rarement de triptyque managérial.

Un constat : un cloisonnement des acteurs ... mais ailleurs ?
--

* **Et ailleurs ?**

Devant ce milieu de travail clivé, la perspective de voir l'activité se développer davantage entraîne au sein des équipes de multiples interrogations et demandes de revoir l'organisation de travail dans la prise en charge notamment interdisciplinaire des patients neurologiques. Mais ce clivage est-il exclusivement lié au CRRF ?

L'organisation du travail hospitalier est également un système régi par la division du travail afin d'améliorer la compétence des acteurs. L'hôpital s'est organisé sur le modèle de la division du travail. A l'instar de l'industrie, l'hôpital est un système complexe, morcelé, où chaque intervenant réalise une tâche parcellaire. La réadaptation fonctionnelle se distingue par ce pluralisme de compétences et de métiers spécifiques offrant une certaine pluridisciplinarité.

Comme le précise V.Schwach³², Directeur du CRRF Le Bretegnier : *« L'organisation des soins en centre de réadaptation repose sur plusieurs pôles : le médical, les soignants et les réadaptateurs, chacun étant installé dans un espace particulier. Même si la notion d'équipe est très présente dans le discours, le concept est ambigu »*. De plus, *« Ce type d'organisation entérine une segmentation, qui s'apparente à un morcellement de la prise en charge et n'est pas sans rappeler la division du travail dans le milieu industriel. Chaque intervenant accomplit une parcelle du travail global selon un modèle séquentiel. »*. Ces deux exemples indiquent en effet que la coopération entre acteurs est parfois complexe dans sa mise en œuvre si tant est que celle-ci soit insufflée.

³² V.Schwach. Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. Gestion hospitalière mars 2005

Il semble donc, au travers de cet article, que le centre ne soit pas la seule entité à souffrir du cloisonnement.

Malheureusement, ce cloisonnement n'offre pas un organisationnel de qualité dans la prise en charge du patient où celui-ci trouve « ... *absent le moment de la synthèse, de la vision globale, où chacun des actes pratiqués s'intègre dans une totalité et trouve son sens. Autrement dit, le patient demeure «objet de soin», conformément à l'organisation sanitaire traditionnelle où le patient n'est pas sujet, encore moins acteur de sa prise en charge*³³ ». C'est pourquoi, le concept d'un travail en commun, une co-construction du soin, semble nécessaire dans le fondement même du projet.

De plus, dans ce diagnostic de cloisonnement des pratiques qui – rappelons-le - a été identifié par l'ARACT, je ne retrouve pas de processus de prise en charge formalisé, pas d'écrit, pas de norme écrite, pas de règle pour coordonner les acteurs entre eux.

Toutefois, il est recensé environ 20% de Fiches de Signalement d'Evènements Indésirables (FSEI) relatant les défauts de coordination interservices (36 fiches en 2014 sur 155 FSEI).

Face à ce défaut de coopération, lié à une culture cloisonnée, à l'absence de règle clairement définie - même si ce n'est pas la coordination qui amène la coopération comme le précise Norbert Alter dans son ouvrage « *L'effectivité des procédures de coordination tient à l'existence d'échanges sociaux*³⁴ » - nous pouvons néanmoins constater que certains acteurs proposent au travers d'EPP (Evaluations de Pratiques Professionnelles) que j'ose qualifier « de rustines », des tentatives de travail en commun (EPP sortie du patient, EPP attribution fauteuil roulant, EPP déglutition).

Il est également opportun de noter un certain décroisonnement des pratiques au centre au travers de la prise en charge des amputés (2nd étage), pour laquelle la pluri-professionnalité fonctionne bien. Cette efficacité peut être liée à la vision réelle du résultat de la prise en charge et à la facilité de communication avec le patient qui rend cette dernière plus aisée. En effet, celle-ci semble plus « balisée » et formalisée par les acteurs de terrain, dont l'action est vivement impulsée par le médecin référent de l'appareillage des amputés.

³³ V.Schwach. Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. Gestion hospitalière mars 2005

³⁴ ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte.

De telles modalités devront donc être adaptées au service neuro-dédiée et même provoquer d'autres initiatives en la matière de façon à pouvoir faire face à la nouvelle situation à laquelle le centre ne pourra pas se soustraire.

*** Une spécialité peu attractive mais assurant l'avenir**

Dans une conception darwinienne du système de santé, il semble nécessaire de tendre vers ce mode de fonctionnement pour la neurologie, d'autant que l'avenir du SSR passe et passera pas les deux spécialités susvisées, comme nous l'évoque le tableau³⁵ ci-dessous de V. Schwach (précédemment cité), bien que cela ne laisse pas entrevoir une importante attractivité de la neurologie dans une histoire où le vent souffle dans le sens d'une diminution de l'orthopédie en SSR.

Les risques selon les filières

Filière	Perte	Consolidation
Locomoteur	Orthopédie vers soins de ville	Amputés Polytraumatisés
Neurologie	Patients légers Transfert en HJ Les états végétatifs ?	Patients lourds : TC, blessés médullaires, AVC jeunes ou avec potentiel de récupération...
Cardiologie	Baisse de volume (moins d'opérés) ; insuffisance cardiaque absorbée par gériatrie, sauf rééducation ambulatoire	Transplantés cardiaques ...
Pneumologie	Manque de pneumologues + absorption par la gériatrie	?
Nutrition	Obésité ?	
Cancérologie	Orientation vers la ville	Onco-hématologie
Addicto	?	?
Gériatrie	Orientation vers gérontologie	?
Autres		Grands brûlés

En effet, par la publication de référentiels de la Haute Autorité de Santé concernant les affections locomotrices, la Sécurité sociale - en recherche d'économie - a décidé la mise sous accord préalable de l'admission en SSR pour les suites de chirurgie

³⁵ V. Schwach. *Une prospective des soins de suites et de réadaptation*. Gestion hospitalières. novembre 2013 N°530

orthopédique. En outre, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie étend la démarche PRADO³⁶ (retour précoce à domicile), à partir d'une première expérimentation en obstétrique, vers le cadre de l'orthopédie du MCO pour un parcours de soins ambulatoire³⁷.

Toutes ces initiatives vont dans le sens d'un déclassement de l'orthopédie vers les soins de ville.

Au travers de cette présentation des acteurs concernés, de leur environnement culturel et historique, et de leur difficile appréhension du projet pourtant inévitable, nous visualisons davantage les orientations du SSR vers des pathologies plus lourdes nécessitant une prise en charge par des acteurs de soins devant évoluer et gérer ce type de spécialités dans un environnement propice tant d'un point de vue architectural que technique et surtout propice à un collectif coordonné.

Mais est-ce le paysage offert actuellement par le milieu observé ?

2.2.4 Une architecture et des espaces de travail séparés et peu de rencontres...

L'architecture

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'architecture du CRRF est divisée en deux parties : le plateau technique et les unités de soins. Ces deux entités sont donc séparées géographiquement.

Le plateau technique est composé d'un gymnase, d'une balnéothérapie, de multiples salles interventionnelles et d'un plateau d'ergothérapie objectivement trois fois plus petit que le plateau de kinésithérapie qu'il faudra reconsidérer dans le cadre des travaux, puisque dix patients supplémentaires devront intégrer cette espace.

Concernant l'unité de soins de neurologie (et d'orthopédie pour vingt lits sur cinquante), celle-ci propose des chambres doubles peu adéquates pour les soins de patients de neurologie.

Ce point est à prendre en considération dans le cadre de l'accueil des dix patients supplémentaires, ainsi que la préconise la circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/n ° 280 du 18 juin 2004 : « La personne doit être accueillie, de préférence, en chambre individuelle ».

De plus, en dehors des chambres, l'unité ne propose pas de lieu de rééducation et de réadaptation, et aucun lieu de réunion pour se concerter entre acteurs en dehors de la

³⁶ Projet de Retour à Domicile

³⁷ <http://www.ameli.fr> (24/01/2015)

salle de soins aux nombreux passages de professionnels et d'abondants appels téléphoniques.

Des lieux communs de travail quasi inexistant

Dans le cadre de l'analyse de l'existant, je me suis interrogé sur les lieux et espaces d'échanges où soignants et rééducateurs se retrouvaient.

L'analyse fut assez rapide puisque, dans l'unité, seuls les ergothérapeutes exercent des séances de réadaptation en chambre (en vue d'autonomiser le patient dans les actes d'hygiène) mais sans la présence de soignants. Les résultats ne sont peu voire pas assimilés par l'équipe faute de temps d'échanges consacré ou d'outils appropriés.

En termes de rééducation-kinésithérapie, aucun acte de soins n'est effectué en chambre ou de manière totalement exceptionnelle.

De plus, il faut retenir que l'attribution des patients par rééducateur et par médecin est dispersée géographiquement dans le lieu d'hébergement. Autrement dit, les soignants dans l'unité fonctionnent par secteurs de soins, alors que les rééducateurs et les médecins voient leurs patients dispersés dans tous les secteurs d'hébergement. Cette organisation a notamment pour conséquence de voir des horaires de prise en charge par secteur totalement hétérogènes, voir totalement concentrés sur une plage horaire puisque dans un même secteur, il est possible de retrouver six à sept kinésithérapeutes et quatre ergothérapeutes. Ceci rend une lisibilité schizophrénique des soins pour les aides-soignants et les IDE.

La conséquence immédiate est de voir un brancardier dans l'attente du patient, un rééducateur impatient de voir son patient arrivé sur le plateau technique, des patients pressés par les soignants et inquiets de ne pas bénéficier de leurs séances, et des soignants ayant un sentiment de faire de l'abattage. Pour l'exprimer différemment, il existe une certaine désorganisation, une difficile flexibilité des rééducateurs (pour des patients dont l'état clinique est aléatoire d'un jour à l'autre), soit un sentiment global d'un collectif inexistant.

En dehors des soins non communs, les rééducateurs et les soignants ne se retrouvent jamais dans un moment « de pause » pour partager et échanger.

Espaces et temps d'échanges insuffisants ?

Je ne peux que comptabiliser un seul et unique temps d'échange officiel d'information concernant le patient. Ce temps est celui du staff³⁸, celui-ci se résumant, par

³⁸ Staff : terme donné au CRRF pour réunion pluridisciplinaire

patient, à une rencontre une fois tous les quinze jours le matin. Cette réunion se déroule en chambre pour les patients de neurologie et dans une salle de rééducation sur le plateau technique pour les patients d'orthopédie. Elle réunit presque tous les soignants (les aides-soignantes étant souvent sollicitées par les soins des patient) et permet au médecin de glaner les informations des acteurs de soins pour les synthétiser et formuler d'éventuelles critiques (positives ou négatives), d'élaborer ou non d'autres objectifs, et de proposer une date de sortie.

L'analyse de ces échanges me permet de distinguer quelques problématiques :

- Une difficulté pour se rendre disponible ;
- Pas de réels objectifs de prise en charge globale mais plutôt des objectifs en silos, sur sa propre discipline ;
- Les acteurs de soins récitent leurs actions de soins et le médecin les absorbe. Il n'y a pas de réelle interactivité entre tous les acteurs ;
- Le temps imparti par patient excède souvent la durée initialement prévue et chevauche sur un autre staff, puisque ce sont quinze jours d'informations à transmettre ;
- Une incompatibilité des prises en charge entre soignants et rééducateurs, malheureusement découverte lors cet échange, maintenant un contexte parfois tendu entre les acteurs qui remettent réciproquement leur performance en doute.

C'est ainsi que les échanges d'informations entre acteurs de soins se transmettent ; ce qui démontre une fois de plus ce cloisonnement entre les pratiques, et une orchestration toute relative de la sphère médicale pour l'écriture de la partition générale.

Une coordination s'effectue de manière disséminée entre certains soignants et rééducateurs sur le plateau technique, voire entre soignants au sein de l'unité, mais cela ne représente qu'un épiphénomène.

En outre, cette carence de contact et de sociabilité professionnelle n'est pas forcément compensée par un système d'information efficace puisque celui-ci n'est que partiellement informatisé. Même si derrière des espoirs non dissimulés de l'ensemble des acteurs de voir un dossier unique de soins (puisque actuellement éclaté selon les disciplines) être la solution à tous défauts de communication, je ne reste pas intimement persuadé que cet outil soit l'unique sauveur de la situation. Toutefois, parallèlement et compte tenu de son efficacité, le projet d'une intégrale saisie informatique est en cours.

En conclusion, les disciplines de soins se trouvent excentrées, les acteurs de soins peu communicants sur les « possibles » et les « commentaires » du patient. Les espaces architecturaux et d'échanges sont donc à prendre en considération pour répondre à notre commande d'accroître l'activité dans des conditions satisfaisantes.

Abordons à présent les acteurs de manière quantitative : ces derniers seront-ils à la hauteur quantitativement pour répondre à cette augmentation de charge ?

2.2.5 Les effectifs actuels

Selon l'article D. 6124-177-3 du décret du 17 avril 2008³⁹ : « *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* », ce qui n'exige pas précisément de ratio d'ETP par nombre de patients.

Ceci sous-entend une difficulté quant au calcul d'effectifs nécessaires dans ce projet étant donné le peu d'outils recensés dans la structure concernant le pilotage de l'activité par rapport aux personnels de soins présents.

Néanmoins, après analyse des effectifs du CRRF, cette augmentation d'activité démontrerait une sous dotation en ergothérapie, en effectif soignants IDE et ASD.

Les autres domaines comme les kinésithérapeutes, de par la déperdition de dix patients, ne devraient pas poser de problématique d'effectif.

Il semble toutefois devoir être prudent sur les monos-rééducateurs (orthophoniste, neuropsychologue et psychologue).

Ce chiffrage devra être estimé et argumenté auprès de la direction sur la soutenabilité financière à long terme de cette augmentation de la masse salariale.

En effet, une activité telle que la neurologie nécessite beaucoup d'intervenants différents et nécessite une vive négociation auprès de nos tutelles pour obtenir les ressources nécessaires pour honorer notre CPOM.

2.2.6 Le financement à ce jour et demain

Dans le cadre du CPOM, l'UGECAM a pu bénéficier du redéploiement de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) d'un établissement SSR UGECAM dans l'Yonne (cessation d'activité de SSR de l'établissement de Moneteau - 89) : 1.100 K€ de moyens supplémentaires ont été versés au CRRF Le Bourbonnais à partir de l'exercice 2014.

³⁹ Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Le rebasage de 1.100 K€ du CRRF Le Bourbonnais a été affecté aux orientations suivantes:

- 1) 620 K€ ont été destinés à l'établissement dès 2014 afin de :
 - Garantir l'équilibre de l'établissement pour les exercices suivants,
 - Financer l'augmentation de l'activité en neurologie réalisée ces dernières années,
 - Financer l'activité hôpital de jour,
 - Financer les travaux immobiliers de l'établissement.

Les recrutements relatifs au rebasage arrêté dans le CPOM ont été effectués au 1^{er} Janvier 2014 : 1 ETP de médecin, 1 ETP d'ergothérapeute, 1 ETP d'aide-soignante, 0,5 ETP de neuropsychologue, 0,5 ETP d'assistante sociale, 0,6 ETP de secrétaire médicale.

- 2) 390 K€ seront utilisés à développer l'activité en neurologie pour la transformation de chambres doubles en chambres simples financée par un complément de DAF.

Mais il restera à estimer financièrement ce qu'impliquent les besoins supplémentaires en personnel sans oublier les estimations en matériels liés à cet accroissement d'activité.

Au terme du panorama de l'existant, nous voyons qu'une application immédiate de l'accroissement de l'activité semble être source d'échauffement des esprits et des équipes si nous ne réinterrogeons pas d'ores et déjà sur les possibles de ce projet et sur sa faisabilité.

Ainsi, devant cette projection d'augmenter le nombre de prise en charge de patients atteints de troubles neurologiques et face un changement architectural du contexte de travail, il ressort une nécessité d'anticiper ce changement en repensant l'organisation.

Il sera nécessaire d'accompagner ce changement dans la réorganisation des processus de prise en charge interdisciplinaire du patient dans le cadre du développement de l'activité de rééducation neurologique. C'est de ce constat que le projet managérial prendra naissance.

3 Le projet managérial :

« CONCEVOIR UN MODELE D'ORGANISATION COLLABORATIF/COOPERATIF »

3.1 De la lettre de mission et la note de cadrage au retro planning⁴⁰ :

3.2 Chef de projet :

La Direction a objectivé pour que je sois le responsable de ce projet pour deux raisons : mon positionnement au sein de la structure en tant que responsable de l'unité de neurologie, et mon cursus universitaire en cours en répondant aux exigences du Master 2 à savoir la concrétisation méthodologique d'un projet dit managérial en situation professionnelle.

3.3 Rappel succinct de la problématique : les freins et leviers (SWOT).

Etat actuel :

Comme vu précédemment dans l'historique, la montée en charge et l'évolution du centre dans la prise en charge de patients neurologiques de plus lourds posent problème.

Actuellement, la prise en charge des patients de neurologie depuis leur sectorisation sur un étage pose des problèmes d'organisation dans différents domaines de l'accueil à la sortie. Un point sur le travail en silo de différentes catégories professionnelles notamment soignantes et de rééducateurs est souligné. En effet, de nombreuses FSEI relatent ces difficultés de coopérations entre soignants.

Problème :

Le premier projet de sectorisation est dans son application insatisfaisante. Il y a un écart entre ce qui a été défini et la situation actuelle.

Comment, par le développement de la neurologie, peut-on optimiser la prise en charge interdisciplinaire ? Comment développer la collaboration interprofessionnelle et une performance collective ?

Etat désiré :

Une organisation des soins réfléchie vers une prise en charge « idéale » du patient dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

⁴⁰ Annexe 2, 3,4

Un aperçu récapitulatif des leviers et des freins au travers du SWOT⁴¹

	POSITIF	NEGATIF
	FORCES	FAIBLESSES
ORIGINE INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> - un projet porté par la direction, et le médecin coordinateur - des investissements futurs et importants pour la réhabilitation architecturale accordés par l'UGECAM - des soignants partie prenante - un des médecins référent de l'unité force de proposition - un cadre IDE et un cadre Ergothérapie force de proposition dans l'organisation - IDEC en formation M2 - le constat d'une nécessité de changement 	<ul style="list-style-type: none"> - un cloisonnement des secteurs et des acteurs dans leurs pratiques - une organisation peu formalisée (pas de prescrit) et pas de règle de coopération. - des kinésithérapeutes peu intéressés par la spécialité (culture de l'orthopédie lourde) - un cadre de kinésithérapie soucieux de la paix sociale - un désengagement des équipes sur la notion l'interdisciplinarité - un médecin coordinateur perçu comme peu structurant - une carence dans le collectif cadre
	OPPORTUNITES	MENACES
ORIGINE EXTERNE	<ul style="list-style-type: none"> - demande des tutelles (CPOM) - soutien UGECAM - peu de concurrence sur cette orientation 	<ul style="list-style-type: none"> - une possible chronicisation des patients (placement en aval des patients) - T2A ?

3.4 L'équipe projet

Lors du premier projet de sectorisation (ou de rebasage des lits), l'équipe était principalement constituée de l'équipe encadrante.

Pour ce second volet, il me semble nécessaire d'ouvrir le groupe de pilotage et de travail sur l'ensemble des représentants du centre et notamment des acteurs de terrain.

⁴¹ SWOT : Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats

Le comité de pilotage et de travail : une équipe pluridisciplinaire :

Directeur, Assistante RH, Médecin Coordinateur, Médecin référent « neuro », Chef de service ergothérapie, Chef de service kinésithérapie, Chef de service restauration, un ergothérapeute, un kinésithérapeute, une IDE, un ASD, deux brancardiers, un orthophoniste, l'assistante qualité.

Le groupe de travail est certes étoffé mais représentatif du contexte de travail alliant encadrement, soignants, rééducateurs, administratifs, qualité (...), tous concernés par le processus de prise en charge du patient et la coopération/collaboration escomptée.

Cependant, certains membres constitutifs du groupe ne sont pas des adeptes ni nécessairement coutumiers des réunions de travail. En effet, comme le précise Mucchielli⁴², le groupe existe par décision extérieure, les personnes se connaissent peu ou pas, « *la seule obligation d'être ensemble engendre d'une part une anxiété collective et d'autre part la mise en état d'alerte des mécanismes de défenses sociale...* ».

C'est pourquoi, lors de mes premières approches notamment des acteurs de soins afin de les convier à ce travail, il a été nécessaire de leur fournir dans un cadre informel des explications sur l'univers de la réunion de travail. Mon objectif fut de les persuader du bien-fondé de la prise de parole dans ces différents groupes. De plus, afin que ceux-ci puissent « préparer » leur argumentaires, les convocations fournies possédaient toujours la thématique du jour et dans la mesure du possible les axes de travail envisagés.

3.5 Un modèle d'organisation collaboratif : existe-t-il un modèle à imiter ?

La revue de littératures ne propose pas de modèle « clef en main » pour les services de soins de suite et de réadaptation.

Parallèlement, l'on peut néanmoins constater que l'amélioration du travail en équipe est au cœur des préoccupations de l'HAS de par son expérimentation actuelle nommée PACTE⁴³ (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe). L'objectif de l'HAS est de sensibiliser les professionnels aux pratiques collaboratives autour de la qualité et de la sécurité des soins. Malheureusement, malgré des leviers de changement proche de ce projet managérial, les premières conclusions et la méthodologie pratique de

⁴² R. Mucchielli. Le travail en équipe. Esf Edition 2014 p 26

⁴³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe .site consulté le 15/11/2014

cette expérimentation ne seront utilisables que prochainement dans l'année 2015. Il sera bien entendu riche d'enseignement de se procurer ces données de manière ex post au projet.

Il est également intéressant de noter que, de manière intuitive, différents concepts tels que la coopération/collaboration, l'« inter » et la « pluri » disciplinarité, la communication, sont des approches très développées dans les soins palliatifs.

En effet, d'après la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la SFAP⁴⁴, « *Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.*

*L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont **interdisciplinaires**. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche ».*

En outre, les soins palliatifs reposent sur plusieurs exigences :

- Encadrement institutionnel qui cautionne le projet interdisciplinaire,
- Connaissance de sa discipline,
- Construction d'un socle conceptuel,
- Formations communes,
- Fixation d'objectifs communs et d'un projet commun centré sur le patient,
- Précision des actions et interactions de chacun,
- Fixation des modalités de fonctionnement (outils, réunions, etc...),
- Répartition des tâches,
- Connaissance de la procédure de prise de décisions,
- Promotion de l'autonomie des acteurs.

Cette organisation des savoirs repose également sur des exigences de fonctionnement :

- Temps de communication et d'échange importants,
- Positionnement de chacun : trouver sa place, accepter les remises en question,

⁴⁴ <http://www.sfap.org/> (consulté le 09/02/2015)

- Trouver un équilibre entre position hiérarchique et travail d'équipe,
- Plaisir à travailler ensemble: confiance, respect, humour, humilité, etc...

Parallèlement, dans le cadre d'une référence précédemment citée, V. Schwach indique dans une publication⁴⁵ qu'il est nécessaire de « *mettre en application l'idée d'interdisciplinarité en définissant un mode d'organisation. L'élaboration et la mise en œuvre ont été progressives, faute de modèle à imiter ; elles sont également restées empiriques, jalonnées de naïvetés, d'enthousiasmes, de déceptions, d'essais, de ratures... Aujourd'hui encore, sous la pression d'éléments adverses, l'application n'est pas optimale* ».

Indéniablement, les idées fortes issues du centre d'Héricourt dont V. Schwach est Directeur, se révèlent être proches de notre état désiré : améliorer le dialogue interprofessionnel, la formation, une structure spatiale favorisante.

Pour se donner quelques idées supplémentaires, celle d'un peu de Benchmarking a été utile. En effet, la visite par plusieurs professionnels de santé (toutes catégories confondues), d'un CRRF de Bourgogne (Dijon) nous a permis de recenser quelques idées.

De plus, il est important pour aborder des changements de se confronter à d'autres milieux culturellement distincts afin que les esprits puissent côtoyer un monde différent de celui dans lequel ils évoluent habituellement : « *les traits d'une culture et ses ressorts s'avèrent largement inconscients et, pour le moins, non conscients. Il n'est possible de les découvrir que par confrontation entre des cultures différentes que le temps ou l'espace sépare. La confrontation fait ressortir les marques saillantes de chacune d'elles.* ⁴⁶ »

Ainsi, après débriefing avec les visiteurs, il s'avère être pertinent de débiter concrètement le projet et d'aborder la phase de concertation et de décider de quelques modifications de notre quotidien, en travaillant nos processus de prise en charge et de proposer une organisation spatiale des acteurs dans un contexte géographique donné.

⁴⁵ Les SSR : Hier, aujourd'hui... et demain ? Victor Schwach – Edition Fondation Arc-en-Ciel – mai 2014
<http://www.fondation-arcenciel.fr/?cat=87>

⁴⁶ Les organisations de Santé « *La grande Transformation* » Jean Paul Dumond p107

3.6 Le projet

Concevoir un modèle **d'organisation collaboratif/coopératif**, sous-entendra trois points :

- 1/ Travailler sur l'organisation de travail par une analyse de processus.
- 2/ Proposer une organisation spatiale des acteurs dans un contexte géographique donné.
- 3/ Formaliser des règles de fonctionnement d'équipe.

3.6.1 Travailler sur l'organisation de travail par une analyse de processus.

Le processus : du concept à la concertation

Définitions

Selon la définition du dictionnaire, un **processus** est « une suite continue et ordonnée de faits ou d'opérations présentant une certaine unité ou se reproduisant avec une certaine régularité ».

Une organisation selon la théorie des organisations peut être considérée comme un ensemble de processus. Pour nourrir ceux-ci, des ressources de toutes natures doivent être agencées, réunies, ordonnées et mobilisées. Ces modes spécifiques d'agencement constituent les paramètres de conceptions d'une organisation, que décrit Mintzberg⁴⁷.

Celui-ci préconise de les considérer dans le changement ou la fabrication d'une nouvelle organisation. Ces paramètres sont représentés par la spécialisation du travail, la formalisation, la formation et socialisation, le regroupement en unités, les tailles de celle-ci, le système de planification, le mécanisme de liaison, et la décentralisation verticale ou horizontale.

Aussi, l'analyse ou la formalisation d'un processus permet de réfléchir et d'éviter quelques écueils de la réalité. En effet, « *une analyse par processus, si elle reste centrée sur le processus investigué sans prendre en considération les interfaces avec l'aval et l'amont, renforce les fonctionnements en silo et les cloisonnements organisationnels. (...)*

⁴⁷ Les organisations de Santé « *La grande Transformation* » Jean Paul Dumond p107

*mieux vaut se centrer sur les interfaces que d'affiner avec des détails trop précis l'analyse « interne « des processus ».*⁴⁸

C'est pourquoi dans ce projet, il sera capital de se focaliser sur les interfaces de soins pour optimiser la continuité des soins et le dialogue interprofessionnel.

En outre, l'approche qualité définit le processus selon la norme ISO 9001:2008 comme un « *ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* ». Ainsi, un processus est défini comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif (exemple : prise en charge du patient au bloc opératoire, prise en charge de la personne âgée en EHPAD). Les processus de prise en charge sont segmentés en une succession d'étapes appelés sous-processus.

De plus selon le guide REQUA⁴⁹, il existe trois ordres de processus : processus de prise en charge, processus supports (logistique...), processus managériaux.

Aussi, dans toute réorganisation, le management et les supports se doivent d'être réinterrogés (d'un point de vue logistique, ressources humaines...). Une prise en charge de patients présente de multiples processus et sous processus formant un réseau cartographique de ces différents processus.

L'analyse de cet ensemble des processus de prise en charge du patient et leurs connaissances permettent de déterminer les relations entre les différents processus individuels. Ceux-ci doivent être renforcés, consolidés, de nouveaux appréhendés afin de renforcer des échanges entre les différents acteurs, améliorer le travail en équipe, leur performance et leur l'efficacité et stimuler une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

Enfin, l'HAS dans la fiche 25⁵⁰ «Analyse de processus et de ses points critiques », définit le processus « *comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif.* » « *Chacune des étapes est productrice d'une contribution précise qu'il convient d'identifier en termes d'enjeux, de contenu et de qualité-sécurité des contributions.* »

En effet, il est recommandé d'analyser systématiquement une pratique existante porteuse d'enjeux, non stabilisée et génératrice de dysfonctionnements réels ou potentiels.

En s'appuyant sur ces concepts et en délimitant et en décrivant le processus de travail avec les professionnels impliqués, il est possible de déconstruire et construire collectivement une organisation et ou des pratiques porteuses de dysfonctionnements.

⁴⁸ Ibid p44

⁴⁹ Guide REQUA « Réseau Qualité des établissements de santé de Franche Comté » Aide à la mise en place de l'Analyse de processus. Version janvier 2014

⁵⁰ <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche25.pdf> (consulté le 22/10/2014)

Cette approche processus qui peut prendre la forme d'un chemin clinique permet et contribue à:

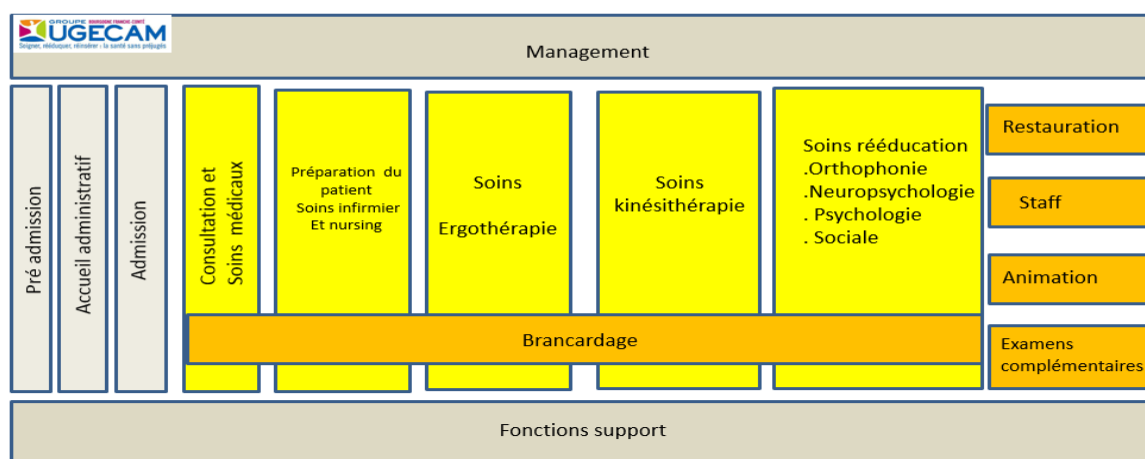
- Réduire la variabilité des prises en charge,
- S'appropriier les recommandations professionnelles,
- Mettre en œuvre des procédures validées de prise en charge des patients,
- Améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients,
- Améliorer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge,
- Rationnaliser les soins et la gestion des risques associés.

Ainsi, dans un premier temps, le projet se tournera vers une réorganisation des processus de prise charge du patient en vue d'extraire les points critiques de l'organisation.

L'aménage du processus

Emmener le groupe sur le terrain de l'analyse du processus organisationnel nécessite de repérer les différentes segmentations de celui-ci.

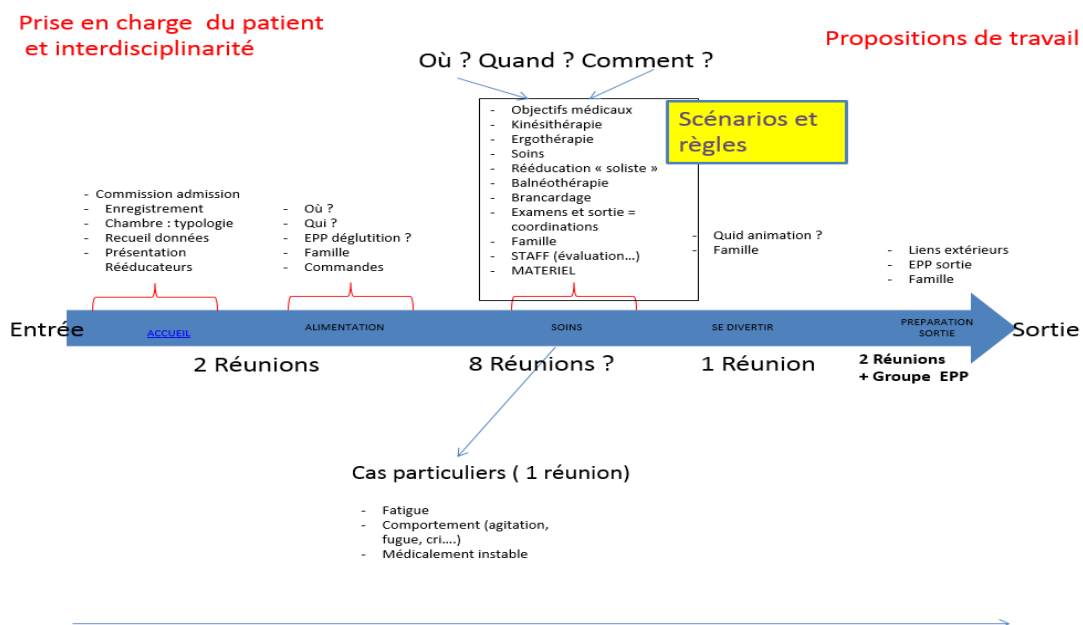
Cartographie des processus de prise en charge du patient au CRRF Le Bourbonnais



La cartographie ci-dessous présentée et finalement peu connue des éléments du groupe, permet d'avoir un visuel plus parlant et rappelé à chaque réunion. Ceci fut l'une de mes premières priorités pour l'ensemble du groupe en se centrant sur un objectif commun : le patient.

Ainsi, lors du travail de présentation vers une prise en charge du patient efficace, nous abordons ce même patient au travers d'une frise (processus entrée/sortie) plus explicite pour l'ensemble du groupe afin de partir sur une base de langage commune.

En effet, la pluralité des individus au sein du groupe oblige à une simplification visuelle du processus comme suit ⁵¹ :



A partir de ce schéma, le groupe (et moi-même), au travers des réunions, analyseront et préciseront les points critiques et les points forts qu'il est important de conserver, du processus existant.

Il est nécessaire de rappeler, en termes de modalités de travail, que les membres du groupe ont connaissance des thématiques des réunions via leur convocation ; ce qui permet aux membres d'aborder au sein des équipes les idées de chacun et d'être le représentant des personnels du CRRF quelle que soit leur discipline.

Ainsi nous élaborerons la création d'un parcours par subdivisions du processus.

Concernant les points critiques, l'existant insatisfaisant est clairement énoncé au travers de différents comptes rendus de réunions, d'enquêtes de satisfaction du personnel, du diagnostic de l'ARACT, de FSEI (environ 20%). Tous ces supports me sont accessibles grâce à ma légitimité dans ce projet accordé par la Direction et le Président de CME et précieusement fourni par notre assistante qualité. Ainsi ils permettent de

⁵¹ cf. annexe 5

nourrir les débats, de questionner le groupe et les membres encadrant vers une amélioration de notre organisation de travail.

Afin d'aborder sereinement ce projet de développement de la neurologie et considérant que le premier volet (rebasage des lits sur un même étage) reste insatisfaisant dans les esprits, l'approche du processus par ce qui nous est commun, à savoir le patient, est adopté.

De plus, pour habituer le groupe à la réflexion commune, à cette introspection de nos habitudes qu'il est parfois difficile de mener, les premières réunions ont été centrées sur des rappels, des éclaircissements sur le CPOM, sur les typologies des futurs patients accueillis, les modalités des admissions, l'accueil, etc... Toutes ces thématiques faisant émerger des axes d'améliorations futures relativement simples d'exécution permettent au groupe de se connaître et de prendre plaisir à travailler ensemble sur une future organisation idéale mais réalisable.

Toutefois, certaines des thématiques sensibles émergent et vont émerger et nos acteurs du groupe vont très certainement adopter des attitudes protectrices notamment envers leur discipline.

En effet, dans l'optique de recréer une nouvelle stratégie visant une action collective, il semble rationnel de penser - si l'on se réfère à la théorie sociologique des organisations de Crozier et Friedberg au travers de l'analyse stratégique - que la modification des processus de travail entrainera une certaine incertitude auprès des différents acteurs du système. *« En effet l'incertitude qui vient bousculer les programmes bien rodés et faire que ce qui semblait acquis devient soudain un enjeu. Ainsi les capacités offensives et défensives des acteurs vont à nouveau s'exprimer ».*

Il sera donc nécessaire, lors de l'approche du changement organisationnel, de rappeler que les soignants et les rééducateurs ne verront pas le « prendre soins patient individuel » remis en question. Ce maintien de liberté au travers des soins est indispensable face à la construction d'un nouvel organisationnel de coopération et de moyens (principes, règles, etc...), car ce qui structuraient jusqu'alors leur champ de l'action et rendaient possible leur marge de liberté va être modifié. Cependant, une fois le nouveau processus posé, il sera intéressant pour le management au travers de l'analyse stratégique de repérer quels seront les jeux d'acteurs et quelle marge de liberté les acteurs pourront opérer.

De plus, dans l'élaboration du processus, la caractérisation des processus de prise en charge du patient ne devra pas être trop rigide : *« une formalisation poussée du processus peut être un aiguillon pour mieux le penser mais elle peut devenir un carcan*

étouffant lorsqu'elle entrave l'imagination et la réflexion. »⁵² Assurément, la neurologie oblige aux interrogations, à l'innovation, à la flexibilité dans la prise en charge, invitant sans cesse au questionnement des savoirs d'actions que comprennent les processus.

Pour revenir sur les capacités offensives et défensives des acteurs qui risquent de s'exprimer même au sein d'un groupe « auteur du changement », certains points critiques du processus se révèlent et se révéleront sans doute complexes à modifier. En effet, l'une des premières limites à un groupe de travail très étoffé est la complexité à acter et négocier un changement.

Ainsi, pour éviter de trop longues discussions en groupe de travail dans l'élaboration de propositions constructives, des groupes plus petits que je nommerais « intermédiaires » proches de la thématique, élaboreront une réflexion, des modalités d'actions qui seront proposées au groupe de travail afin que celui-ci adopte de manière unanime, l'une des propositions d'amélioration. C'est ainsi que le *statu quo* sera évité dans ce groupe.

Concernant les axes d'améliorations actés par le groupe, ceux-ci sont référencés dans un tableau Programme Action Qualité en annexe de ce document⁵³.

Les membres du groupe et surtout les managers⁵⁴ qui le composent, se doivent dans l'élaboration du processus d'aborder leurs équipes avec les questions, les thématiques afin de se nourrir des idées des acteurs de terrain, ce qui (nous le reprendront plus tard) amorce l'esquisse du changement futur. De plus, les managers doivent également, au travers de leurs réunions, rappeler les avancées du groupe.

La difficulté et à la fois la force de ce projet sont les projets satellites qui entourent l'élaboration du processus. En effet, différentes EPP et les axes d'améliorations qui en découlent devront s'articuler avec ladite réorganisation. C'est à la fois un facilitateur puisque l'analyse processus traverse certains points faisant l'objet d'EPP (attribution du fauteuil roulant, déglutition, et sortie du patient) - ce qui évitera de les réaborder - mais cela constitue également le risque de compliquer l'analyse si nous n'avons pas une vision globale des travaux d'EPP qui doivent s'imbriquer sans conflit dans la « pellicule » organisationnelle.

Pour s'approcher d'une prise en charge idéale du patient, celle-ci ne peut se concevoir si les différents acteurs de soins ne s'articulent pas entre les différents processus.

⁵² Les organisations de Santé « *La grande Transformation* » Jean Paul Dumond p44

⁵³ cf. Annexe 6

⁵⁴ Par manager nous entendons les cadres de santé des différentes filières et le médecin coordinateur

Conformément aux quatorze principes du management d'E. W. Edwards Deming⁵⁵, et afin d'améliorer l'efficacité d'une entreprise : « *Abattre les barrières entre les départements. Le travail en équipe de toute l'entreprise doit prévoir les problèmes qui peuvent apparaître au cours de la réalisation et de l'utilisation des produits* ».

Ce concept également repris dans la pensée de JF Zobrist, chef d'entreprise de FAVI (Injection d'alliages cuivreux) - même si les modalités dans l'application sont discutables : « le diable est dans les cloisons ». Celui-ci préconise de supprimer les cloisons entre les individus, et surtout entre le dedans et le dehors.

En reprenant ce courant de pensée, il est possible d'analyser les points sensibles à savoir les interactions, les « entre processus de soins » entre les soignants d'un côté et les rééducateurs de l'autre, le service de soin d'une part et le plateau de rééducation d'autre part.

Ainsi, l'idée d'un rapprochement des professionnels dans leur pratique et de favoriser les temps d'échanges pour une meilleure efficacité collective, semble une proposition importante.

C'est pourquoi, dans le cadre de ce projet, la présentation dans un second temps d'une nouvelle organisation fera l'objet du point ci-après développé.

3.6.2 Proposer un modèle d'organisation dans un contexte géographique donné

3.6.2.1 Première estimation d'effectifs avec les cadres.

Préalablement à la présentation de tout modèle d'organisation, il convient de partir de l'unité de base qui est le service (ensemble de chambres des patients) et des soignants (infirmières et aide soignantes) affectés à ce service afin de poursuivre le découpage en y ajoutant des rééducateurs : kinésithérapeutes, ergothérapeutes. Ceci nécessite une première estimation des besoins en personnel. Pour élaborer différentes versions puis ensuite différents scénarios, la maîtrise du nombre de rééducateurs affecté à la neurologie est indispensable.

Pour cela, une rencontre avec les différents cadres IDE, KDE, Ergothérapie, a été nécessaire. De façon individuelle, chacun a connaissance du projet mené dans l'établissement. Une rencontre fin janvier 2015 m'a permis d'obtenir les premiers chiffres.

⁵⁵ E. W. Edwards Deming (2000) *Out of the Crisis* et <http://www.fr-deming.org/les14.html>

En termes de résultats :

- En kinésithérapie : l'encadrement consent à allouer six kinésithérapeutes sur les douze de l'hospitalisation complète. Il y a peu d'étonnement de ma part quand à cette division parfaite de l'effectif. Ce découpage évite tout mouvement social au sein de l'équipe géré par le manager de proximité face à un corporatisme en contradiction avec l'avènement de cette pathologie au centre. Toutefois, le cadre de kinésithérapie estime qu'une politique de recrutement ne semble pas pertinente dans son équipe.
- En ergothérapie : à ce jour, le centre dénombre seulement cinq ergothérapeutes, ne permettant pas d'absorber l'accroissement d'activité. Idéalement, cinq ergothérapeutes seraient nécessaires mais l'unité d'orthopédie doit pouvoir également bénéficier de deux de ces professionnels. Par conséquent, l'embauche d'un ergothérapeute est nécessaire et seulement quatre d'entre eux seraient alloués à la neurologie.
- En termes de soins : cinq aides-soignantes supplémentaires et 2,5 poste d'IDE semblent nécessaires mais se pose en outre aujourd'hui un questionnement important sur les effectifs nocturnes.

3.6.2.2 Une architecture de service en voie d'être modifiée

Pour accueillir quarante patients atteints de troubles neurologiques, la modification des chambres doubles actuelles en chambres individuelles est nécessaire afin de répondre favorablement à la circulaire n ° 280 du 18 juin 2004 (cf. infra) et répondre au bien-être du patient.

Dans cette politique de grands travaux, le Directeur de l'établissement m'a proposé de participer à l'élaboration de l'unité et de réfléchir sur sa conception. L'extraction de quelques membres du groupe de travail tel que le cadre de kinésithérapie, un ergothérapeute (au demeurant membre actif du CHSCT) et le médecin coordinateur, a permis d'élaborer un avant-projet d'unité.

En effet, en dehors des chambres simples nécessaires, nous avons proposées quelques aménagements supplémentaires pour une prise en charge optimale du patient et - en arrière-pensée me concernant - des lieux propices pour le travail en équipe. En effet, selon Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD⁵⁶, la création d'espaces de régulation et de discussion permettent de promouvoir des temps de partage et d'autonomie dans le travail afin de favoriser la performance et l'intelligence collective :

⁵⁶ IGAS (2010). *Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail* - Présenté par Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD

« ...pour que les salariés s'approprient leurs pratiques professionnelles sur le plan technique et éthique, pour donner sa place à la performance collective dans le travail, et enfin pour prévenir les conflits au travail par des espaces de partage et de dialogue .»

C'est ainsi que de nouveaux lieux de travail ont pu être proposés.

Les nouveaux lieux⁵⁷ :

- Une salle à manger/salle de détente pour les patients que d'ores et déjà l'orthophoniste et l'animatrice se proposent d'investir quand naguère ces deux intervenants n'investissaient pas l'unité.

- Une salle de réunion : lieu propice à l'échange d'informations sur le patient.

- Des salles de bains aux différentes orientations thérapeutiques et d'hygiènes.

- Un petit plateau technique au cœur de l'unité pour les patients.

- Une partie du service possiblement fermé pour accueillir les patients déambulant et potentiellement fugueur.

C'est dans ce nouveau contexte de soins que vont prendre forme mes propositions de versions d'organisations puis dans un second temps des modèles de scénarios.

3.6.2.3 Des versions d'organisations aux modèles de scénarios

Trois versions⁵⁸ se dessinent et une s'impose naturellement :

- **1^{ère} version identique à aujourd'hui :**

Celle-ci présente peu d'intérêt pour la structure puisque l'efficacité collective à trente patients étant perfectible, la crainte d'être encore moins efficace à quarante patients est amplement perceptible.

- **2^{ème} version : deux unités de soins distinctes :**

Ce modèle, sans en approfondir les possibles, se trouve être la demande générale des équipes de soins mais demeure malheureusement insoutenable économiquement en termes d'effectifs soignants. En outre, le risque de cloisonner une fois de plus (comme cela est déjà le cas entre les deux unités) est prégnant.

⁵⁷ Cf. annexe 7

⁵⁸ Cf. annexe 8 (tableau récapitulatif)

- **3^{ème} version : une unité avec création de secteurs et petites équipes :**

Ce modèle est celui qui est unanimement retenu. Or, cette version nécessite de travailler sur le découpage de l'unité en différents secteurs de travail et d'inclure nos acteurs de soins.

Une version par secteur d'hébergement est donc objectivée, ce qui nous fait pénétrer cette fois dans le cœur de l'élaboration pratique de ce projet.

Pour affiner cette version, un travail sur différents scénarios est nécessaire. Dans le cadre du projet et suite aux différents débats avec le groupe sur la prise en charge des patients, la difficulté pour les acteurs de soins et notamment l'encadrement est de proposer une organisation qui ne cesse d'être modifiée en fonction des individualités. J'ai donc jugé opportun de proposer une organisation plutôt systémique.

En effet, les différents scénarios ci-après visés comprennent des étiquettes correspondant chacune à une catégorie d'acteur, ce qui rend le système totalement interchangeable, mutualisable dans le même corps de métier. Le principal enjeu dans ces scénarios se trouve dans le fait qu'en créant une territorialité par acteur dans le secteur d'hébergement, cela diminue le nombre d'interlocuteurs dans la coordination du travail et dans l'ajustement mutuel entre acteurs de soins au sein de l'unité. En d'autres termes, moins d'acteurs de soins dans un domaine géographique facilitera la coordination et réduira les pics d'activités notamment pour les soignants.

Toutefois, reste au groupe à apporter ses choix et ses modifications quant aux modalités de mise en place de la version retenue. Pour ce faire, j'ai pris l'initiative de proposer aux différents acteurs, dans le cadre des réunions, **quatre scénarios**⁵⁹.

Certains des scénarios ainsi proposés entraînent une différenciation de type de charge de travail et de spécialisations par secteurs, et certains scénarios une homogénéité dans la charge de travail et dans la typologie de patients accueillis.

Les différentes versions de scénarios :

- La version 1 part des patients les plus « lourds » (en termes de dépendance) aux patients les plus légers : principe de spécialités par secteurs.
- La version 2 propose des patients plus ou moins homogènes (à tendance lourde dans aile 1) et une répartition équilibrée par acteurs de soins.

⁵⁹ Cf. annexe 9 : de la version 1 à 4

- La version 3 propose des patients plus ou moins homogènes et une répartition équilibrée par acteur de soins et par secteur (l'aile 2 accueillant les patients les moins lourds).

La version 3 est proche de la version 2, mais la répartition des kinésithérapeutes est plus complexe dans cette version 3.

- La version 4 propose des patients homogènes en termes de prise en charge, avec une possible tendance « lourde » dans l'aile 1 et une aile 2 plus « légère ».

En outre : proposition d'un personnel de rééducation dite de « pool ».

Le groupe de travail semble préférer la création de secteurs avec une charge de travail homogène et de ce fait une approche poly-pathologique de patients.

J'ai le sentiment que la spécialisation par secteur de travail ne semble pas encore possible dans les esprits de mes collaborateurs (mais je reste optimiste). A l'instar de nombreuses structures de rééducation, le monde proposé avec une organisation d'hébergement selon des pathologies (création de filières) n'est pas encore celui dans lequel ils souhaitent s'engager. Cette vision verra peut-être le jour plus tard mais il convient tout d'abord de fédérer les différents acteurs sur notre projet autour d'une « neurologie d'équipe ».

Afin d'avoir une lecture moins cloisonnée de cet écrit, je me permets méthodologiquement de préciser le choix du scénario retenu par le groupe de travail (*et in fine par les futurs destinataires du changement*) dans la partie 3.7.2 concernant «L'accompagnement des acteurs aux changements » puisque ce sont les professionnels de terrain qui ont permis ce choix.

Ainsi, une fois les acteurs positionnés sur l'échiquier du soin, il est maintenant indispensable d'apporter au jeu certaines règles pour que celui-ci puisse être le plus collectif possible.

3.6.3 Formaliser des règles de fonctionnement d'équipe : vers une organisation collaborative/coopérative

3.6.3.1 Le groupe du changement connaît-il les attentes de chacun ?

De communautés professionnelles à une communauté de pratique

Comme nous l'avons vu précédemment, le groupe de travail a su rapidement s'orienter vers certains axes d'amélioration dans le cadre de notre processus puisque les décisions prises relèvent davantage d'un cadre général d'organisation et touche moins les acteurs directement.

Or, ce « laboratoire décisionnel » aux communautés de professionnels différentes devait amener les uns et les autres à se confronter. C'est pourquoi l'organisation de rencontres fut nécessaire afin que chaque membre puisse exprimer ses désirs, ses préoccupations et ce qu'il attend de l'autre.

En effet, comment impulser à plus grande échelle un changement de pratique si les membres du groupe de travail eux-mêmes n'ouvrent pas leurs frontières professionnelles ?

Afin d'obtenir du groupe une certaine cohésion, deux réunions ont été nécessaires pour que chaque membre puisse se livrer et verbaliser ses attentes. Ces discussions ont permis d'appréhender les difficultés quotidiennes de leur travail. Les acteurs se sont rapidement rendu compte de leur ignorance face au métier de chacun tant en termes de contraintes que d'aspects facilitateurs. Conscient qu'en tant que chef de projet je ne pouvais leur demander un tel travail sans un outil d'appui, je leur ai transmis une trame de questions basée sur la méthode du QQOCQP⁶⁰.

Demander au personnel et aux managers de travailler, répondre à des questions, afin d'obtenir un maximum d'informations (un secrétaire était à disposition pour la prise de note) fédère rapidement le groupe soucieux de devoir fournir un travail. En misant sur leur engagement - et ce sans contrôle - cela permet d'intéresser les acteurs sans les contraindre et de les impliquer vers des recherches de solutions.

Toutefois, les discussions se sont vite éloignées du cadre sans vraiment sans écarter et ont permis de soulever des points de vigilance à considérer dans les futures pratiques.

Une seconde séance étant prévue pour ce travail, j'ai pu avec satisfaction constater l'engagement du groupe sur la thématique par un taux de présentisme de 100% à cette réunion. Je ne pouvais pas m'y rendre pour des raisons annexes mais le groupe a toutefois souhaité maintenir la séance et continuer les échanges.

L'ensemble des notes consignées m'a permis et permettra de prendre en considération les points de frictions et d'incompréhension afin de les considérer dans une future organisation commune.

⁶⁰ Cf. annexe 10

Si le projet envisagé est d'amener les acteurs de soins à devenir en quelque sorte une communauté de pratique, à savoir « ⁶¹un groupe de personnes engagées dans la même pratique, communiquant régulièrement les unes avec les autres à propos de leurs activités » (Lave et Wenger, 1991), il est nécessaire que le groupe projet en revête les mêmes habits.

En effet, selon Wenger, trois dimensions permettent de caractériser le type de relation qui fait qu'une pratique constitue la source de cohérence d'un groupe d'individus : l'engagement mutuel, une entreprise commune, un répertoire partagé.

Cependant, je me suis questionné sur la transposition de ce triptyque au groupe projet qui, par définition, n'est pas pérenne dans le temps sur les futurs acteurs de soins.

Comme le précise V. Chanal dans son article⁶², l'engagement mutuel dans une équipe projet est bien résumé en ces termes : « *un projet est un système social créé à partir de rien, avec des gens pris ici et là et mis dans une "bulle" : ils savent bien que leur avenir ne sera pas là, et très vite, il faut que le management organise de la solidarité et de la confiance* » : Midler (1995, p.75).

Ainsi, la situation des équipes projet est quelque peu différente de celle des communautés de pratique à évolution lente. C'est pourquoi il est nécessaire d'obtenir un niveau d'engagement du groupe afin de développer des relations constructives et des responsabilités mutuelles. En effet, de groupe « porte-parole collectif » et à la fois représentants individuels des différentes professions, les intervenants deviendront « des acteurs interfaces » appartenant à différentes communautés. Leur positionnement ne sera pas simple à adopter puisqu'ils peuvent être « *tiraillés entre deux tendances opposées : soit être attirés au cœur de la pratique et devenir des membres à part entière, soit être rejetés comme des intrus n'ayant pas suffisamment de légitimité*⁶³. » C'est pourquoi il sera nécessaire d'être vigilant avec les membres du groupe projet et de communiquer régulièrement sur leurs difficultés et leurs légitimités de manière formelle ou informelle.

C'est ainsi que les cadres de proximité se doivent d'être dans ce projet des agents légitimant les membres du groupe et « ⁶⁴*supposent des compétences de traduction, de coordination, et de mise en cohérence de différentes perspectives* ».

⁶¹ Extrait du cours de X.Marchand . Module MRH_S5

⁶² *Communautés de pratique et management par projet : A propos de l'ouvrage de Wenger (1998)*
« Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity Valérie Chanal, Vol. 3, No. 1, 2000, 1-30
<http://www.management-aims.com> (visité le 20/01/2015) page 21

⁶³ Ibid. page 15

⁶⁴ Ibid. page 15

Ce groupe de travail va construire « un guide pratique ». Ainsi cette communauté va définir les futures pratiques ; et de ces pratiques vont émerger une nouvelle communauté de pratique qu'escompte ce projet.

Une fois cet écueil conceptuel abordé, il faut que concrètement il y ait cohérence entre le groupe projet constitué et les acteurs de demain.

Beaucoup seront directement liées à cette triade que sont l'engagement mutuel, une entreprise commune, un répertoire partagé.

L'engagement mutuel est selon Wenger basé sur la complémentarité des compétences et sur la capacité des individus à "connecter" efficacement leurs connaissances avec celles des autres. Il suppose un rapport d'entraide nécessaire au partage de connaissances au travers d'un « faire des choses ensemble », de relations mutuelles soutenues, d'histoires et de discours partagés.

L'entreprise commune est le résultat d'un processus collectif permanent de négociation. Ainsi, négocier des actions communes crée des relations de responsabilité mutuelle entre les personnes de ladite communauté.

Un répertoire partagé présente, au travers de l'action commune des ressources, différentes significations. Ces ressources forment le répertoire partagé d'une communauté, créant ainsi « *des routines, des mots, des outils, des procédures, des histoires, des gestes, des symboles, des concepts, que la communauté a créés ou adoptés au cours de son existence et qui sont devenus peu à peu partie intégrante de sa pratique*⁶⁵ ».

Ainsi les communautés professionnelles deviennent des communautés de pratiques au travers de l'apprentissage, de tâches communes et d'objectifs communs. Ces trois abords ne sont pas sans rappeler certains points du modèle des soins palliatifs et également sur des attendus du projet à savoir la coopération/collaboration qui doit être abordée dans les versions organisationnelles.

3.6.3.2 La coopération : de nombreuses approches conceptuelles au pragmatisme de terrain

La coopération est à mon sens une réelle voie vers l'amélioration des prises en charge des patients ainsi que les relations de travail qui en découlent. C'est pourquoi, au

⁶⁵ Ibid. page 8

travers de cette partie, j'extirperai des différents concepts dont certains présentent des convergences, diverses actions de terrain à insuffler dans ce projet.

D'un point de vue « macro », la coopération est actuellement abordée dans les esprits depuis la loi HPST au travers des relations entre les structures sanitaires et/ou médico-sociales (Groupement de coopération sanitaire, Communauté Hospitalière de territoire, etc ...), notamment pour les inciter à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Par conséquent, cette vision a pour principalement objectif une meilleure efficacité du système de soins. Mais avant de sortir des murs, intéressons-nous à l'interne.

De manière plus « micro », la coopération revêt le même intérêt recherché par tout établissement, à savoir l'efficacité et in fine une certaine performance collective.

Cependant avant d'aborder la conséquence ultime d'une coopération efficace, précisons ce que nous voulons dire par « coopération ».

Selon Alter⁶⁶, le concept de coopération se définit comme un processus volontaire et réciproque par lequel des individus, des groupes et des organisations participent à une œuvre commune, travaillant et interagissant ensemble. C'est une construction sociale qui repose sur le don, les échanges sociaux, la confiance, l'engagement. « ⁶⁷*Une organisation ne peut être efficace sans l'existence (..), de mécanismes de coopération...* »

Toutefois, nous pouvons nous poser la question de la différence entre la coopération et la collaboration. En effet, selon certains auteurs⁶⁸, dans le travail coopératif, le travail de chacun est réuni pour créer un objet unique de travail, alors que dans le travail collaboratif, chacun des membres travaille sur les mêmes points pour un résultat commun. Néanmoins, dans le cadre de notre projet, les deux conceptions sont deux termes significativement proches et à la croisée des pratiques professionnelles soignantes idéalement désirées. C'est pour cela que nous utilisons dans notre projet le terme de « coopération/collaboration ».

La « coopération/collaboration » entre acteurs de soins en rééducation est également appelée interdisciplinarité, terme très usité dans le cadre de la réadaptation et de la rééducation. L'interdisciplinarité se définit comme une équipe « ⁶⁹*partageant des responsabilités ; ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins de la personne et de sa famille afin de poursuivre*

⁶⁶ ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte.

⁶⁷ Ibid page 12

⁶⁸ Selon F. Henri et K. Lundgren-Cayrol extrait du Guide pratique collaboratif. Alexandre Piquet. Brest 2009

⁶⁹ Lebel et coll., 1997

des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace ». Beaucoup de points tels qu'un savoir partagé, des objectifs communs, des décisions partagées, un engagement commun, une confiance et un respect mutuel, sont communs aux principes de la communauté de pratiques que nous avons explicitée précédemment.

Enfin, pour alimenter davantage ce modèle de travail, une envolée vers le Canada nous renvoie vers le terme de « collaboration interprofessionnelle » en se référant aux travaux de D'Amour⁷⁰ qui précise que « ⁷¹*La collaboration interprofessionnelle est ainsi conçue comme la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations, ainsi que sur les influences externes à l'aire de travail.* »

Ce concept est recherché comme un moyen d'amélioration des relations de travail et des résultats de santé des patients dans un schéma classique d'organisation du travail où le cloisonnement des acteurs génère aujourd'hui une fragmentation des approches qui ne permet plus de répondre de manière satisfaisante et efficiente au besoins du patient ; ce qui correspond à la situation actuelle du CRRF.

D'Amour exprime qu'il existe différentes composantes qui favoriseraient la collaboration.

Le premier déterminant est dit **interactionnel** : il dépend des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. La collaboration est par nature volontaire. Ceci rejoint l'idée que « l'interdisciplinarité ne se décrète pas, elle se vit »⁷², et que la coopération ne se réduit pas à l'application de procédures dites de coordination mais également à des échanges sociaux, comme le précise Alter. Des éléments tels que la cohésion, la communication, la confiance, sont indispensables à la collaboration.

Le second déterminant est dit **organisationnel** : *la structure organisationnelle* devrait privilégier, selon Henneman, « *d'avantage une structure plate, par rapport à une structure plus traditionnelle et hiérarchique qui ne facilite pas la mise en place d'une prise de décision partagée et une communication ouverte*⁷³ ».

⁷⁰ D'AMOUR D. Titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un doctorat en santé publique

⁷¹ D'Amour D. 1997. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de Doctorat. Université de Montréal. p104

⁷² Expression couramment employée dans les mémoires de DU de soins infirmiers en rééducation

⁷³ Wacheux et Asmar. (2007) *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357>

Dans notre projet, je crains que le déplacement des lignes hiérarchiques pensé initialement ne soit culturellement et de manière empirique, trop ambitieux.

L'un des facteurs organisationnels déterminants de la collaboration est également l'appui institutionnel au fonctionnement d'équipe ainsi que la présence d'un leader capable de créer des moments propices à la collaboration. Selon Mariano⁷⁴ : *L'équipe doit être reconnue comme une entité possédant une structure, une définition, une direction, une synergie* ».

C'est pourquoi, dans l'écriture de ce projet, les différentes équipes de soins seront identifiées et reconnues et bénéficieront d'objectifs concertés et de caps clairs définis par le médecin.

Les équipes doivent également « ⁷⁵ (...) avoir la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information, développer des relations interpersonnelles et adresser des éléments liés au concept d'équipes. Elle ajoute que le fait de partager un même espace et la proximité physique facilite la collaboration en réduisant les territoires professionnels et les comportements traditionnels. »

Dans le cadre du projet, ces quelques éléments simples sont indispensables à prendre en considération.

En effet, le premier point sur la disponibilité de temps est une action recensée et sollicité par le groupe afin de permettre aux acteurs de soins intervenants en petite équipe sur l'unité de se retrouver de manière hebdomadaire (le vendredi) afin d'échanger sur les patients.

Le second point sur le rapprochement des acteurs passera par l'architecture modifiée telle que vue précédemment (3.6.2.2).

Le modèle de D'Amour s'appuie sur la sociologie des organisations et notamment sur l'approche de Friedberg concevant l'organisation comme un système local d'actions résultant d'interactions entre un ensemble de règles (formalisation) et les relations humaines qui s'y exercent (L'acteur stratégique).

⁷⁴ Citation de Danièle D'Amour, Claude Sicotte, Ron Lévy. *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. Sciences sociales et santé. Volume 17, n°3, 1999. p72

⁷⁵ Ibid p72

Cqfd schéma suivant :

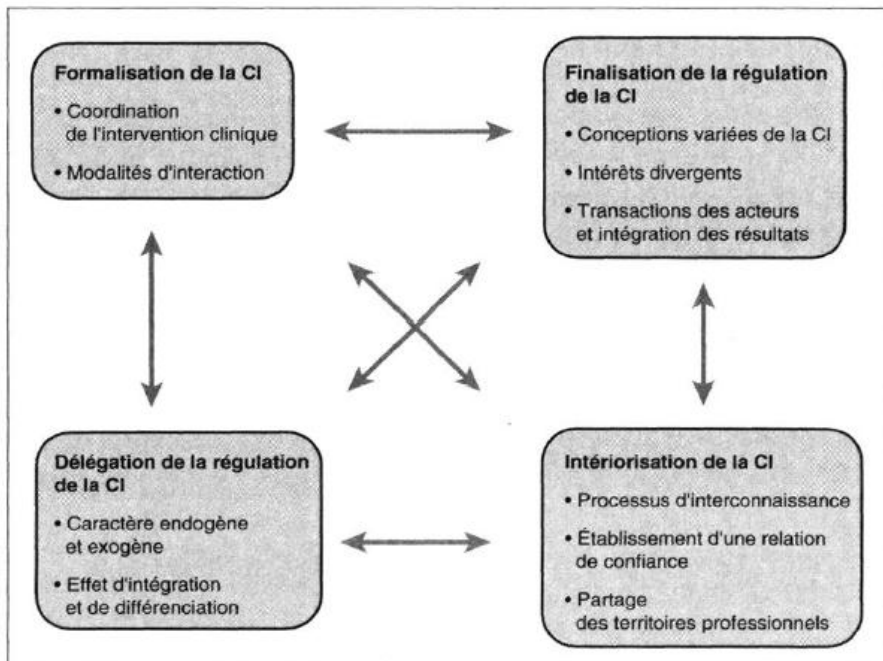


Figure 2. *Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle*

Ainsi quatre dimensions s'influencent sous un angle relationnel et organisationnel :

a - D'un point de vue relationnel :

- La *finalisation* est l'existence d'objectifs communs et de leur appropriation par les membres de l'équipe. Plus les acteurs adhèrent, plus ils sont prêts à faire des compromis pour coopérer et atteindre des résultats.
- L'*intériorisation* est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer des situations complexes de travail de manière commune. Ceci se traduit par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.

b- D'un point de vue organisationnel :

- La *formalisation* représente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action.
- Le *système de décision (ou délégation de la régulation)* traite de la gouvernance, du leadership, de la délégation.

Même si D'Amour insère ce modèle dans un périmètre plus large que dans notre étude du CRRF, certains éléments ont suscité mon questionnement et entrent dans mes conceptions du projet.

En effet, ces nouveaux apports conceptuels de D'Amour, par déclinaison des approches de Friedberg, permettent de penser aux applications pragmatiques sur le terrain.

D'une part d'un point de vue relationnel, selon Friedberg, « *l'atteinte d'une finalisation efficace passe essentiellement par un processus d'interconnaissance qui se définit comme un ensemble d'actions amenant les individus à se connaître*⁷⁶ ».

C'est par ce chemin de l'action et de situations de travail communes (prise en charge de l'autonomie du patient entre ergothérapeutes et soignants, transferts de patients communs à toutes les catégories professionnelles, staff, installations, etc...) que j'ose croire en la capacité des équipes à pouvoir se connaître, travailler ensemble, partager des valeurs et un regard sur le travail communs, et d'intérioriser leurs différentes connaissances. C'est par la pratique que pourra se créer une culture commune.

Afin que la confiance s'établisse, les professionnels doivent se connaître personnellement et professionnellement et instaurer différents échanges notamment sociaux. En effet, selon Alter, l'on pourrait définir l'échange social comme un mouvement d'intention réciproque, désignant des relations entre personnes dont l'objectif principal est la création d'un lien, d'un construit social, d'une identité collective, dans le but de faire circuler des informations professionnelles, personnelles, culturelles, techniques et politiques.

La création d'une salle de rééducation dans l'unité devrait ainsi augmenter, au travers de situations, le rapprochement des acteurs, se retrouvant également dans des espaces de détente et de mise en commun, favorisant les échanges : «⁷⁷ *on se sent exister au travail dans la mesure où l'on dispose d'un espace et de relations permettant de s'associer en échangeant.* »

Engager les équipes à se rapprocher dans les soins communs favorisera la communication et l'échange d'informations relatives aux patients et l'entraide entre acteurs. En effet, conformément aux développements de Alter, la coopération est favorisée par l'entraide ou le don : «⁷⁸ *Les dons représentent le moyen de tout échanger. Ces échanges ne parviennent jamais à s'équilibrer et donc ne cessent jamais* ». Si l'on considère que le don exprime une volonté de faire lien, le don devient un acte collectif, nécessaire au maintien de la cohésion dans le groupe et entre les groupes.

Ceci devrait permettre de voir naître (espérons-le) un collectif de travail qui - toujours selon Alter - serait un système social qui, face à une œuvre commune à réaliser,

⁷⁶ Danièle D'Amour, Claude Sicotte, Ron Lévy. *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. Sciences sociales et santé. Volume 17, n°3, 1999. p 82

⁷⁷ ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte. p122

⁷⁸ Ibid. p21

nécessite des règles (de fonctionnement organisationnel et de comportements) et nécessite également, pour le maintien de cette communauté, collaboration, confiance, loyauté et culture commune : « ⁷⁹*La nature du lien constitue le ferment d'une identité que les sociologues nomment « collectif de travail », c'est-à-dire un être collectif, suffisamment cohésif pour produire une culture spécifique et congruente ».*

D'autre part, d'un point de vue organisationnel, il semble indispensable d'aborder la formalisation des règles et la place de l'encadrement (ou système de décision).

La formalisation tend à définir des règles de conduite afin de régulariser l'action des professionnels.

Aujourd'hui, pour rappel, peu de règles de collaboration sont présentes, entraînant ce cloisonnement observé et des comportements individuels peu gérables par l'encadrement.

Bien entendu, régulariser ne veut pas dire réguler. En effet, des procédures de coordination sans nul doute nécessaires ne doivent pas entraîner une rigidité du système.

Celles-ci ne doivent pas être utilisées par les acteurs comme ressources de négociations, lesquelles seraient vecteurs de conflits entre professionnels dont l'impact direct serait leur désengagement. Selon D'Amour :⁸⁰ «... *plusieurs règles sont porteuses d'enjeux de pouvoir qui freine la collaboration interprofessionnelle. Les gestionnaires doivent être vigilants à minimiser la rigidité des règles, les conflits autour des règles et au contraire à stimuler la négociation par les professionnels eux-mêmes autour de ces règles afin de les rendre dynamiques ».*

Il sera donc nécessaire à l'usage de revoir certaines règles et d'en instaurer de nouvelles pour un fonctionnement collectif soutenable.

En outre, instaurer des règles de collaboration trop strictes, sachant que cette collaboration ne peut être par essence que volontaire, risque de créer quelques mouvements de mécontentement chez des groupes de professionnels dont l'autonomie est fondamentale.

Rappelons notamment que les kinésithérapeutes ont ce type de fonctionnement. C'est pourquoi la crainte des rééducateurs d'exercer uniquement leur prise en charge du patient dans l'unité de soins a rapidement fait place à une nouvelle règle, à savoir la libre appréciation des rééducateurs d'effectuer les soins de rééducation non exclusivement à l'étage, mais sur le plateau technique ou à l'étage selon leur libre choix. Cette simple

⁷⁹ Ibid. p133

⁸⁰ Danièle D'Amour, Claude Sicotte, Ron Lévy. *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. Sciences sociales et santé. Volume 17, n°3, 1999. p 80

approche a permis de maintenir l'engagement de cette catégorie professionnelle dans le groupe de travail et dans les esprits de tous les rééducateurs.

Cependant, dans les principes de bonnes pratiques collaboratives entre professionnels dans notre modèle d'unité, certaines règles ne pourront être revues tel que les horaires de rééducation qui seront peu négociables pour les rééducateurs (solistes⁸¹) qui doivent être prioritaires sur la planification de soins.

De plus, il reste encore à établir un socle d'actes communs à exercer en pluri professionnalité et à en établir par conséquent les modalités d'exercice.

En outre, notons qu'il semble plus pertinent, dans certains cas, d'utiliser le terme de normes plutôt que de règles car «⁸²la norme donne un sens au travail et à l'action, alors que la règle isolée du contexte qui a présidé son énonciation et qui est souvent oublié, devient rapidement « absurde ». »

Dans la construction de ce nouveau modèle, la place de la coordination de proximité sera essentielle afin de repérer les règles dysfonctionnelles, de mettre en relief celles qui doivent être maintenues, et d'en élaborer de nouvelles puisque dans une équipe - aussi cohésive soit-elle - les membres de l'équipe doivent également accepter qu' «⁸³un travail à faire impose sa loi, ses exigences son programme, ses moyens ».

Ce qu'il faut retenir :

- Identification géographique des différentes équipes, connues et reconnues, avec des objectifs concertés et des orientations claires.
- Identification de situations de travail communes permettant aux équipes de pouvoir se connaître, de travailler ensemble et de partager des valeurs de travail communes ainsi que l'intériorisation de leurs différentes connaissances.
- Etablissement des modalités d'exercice au travers d'un socle d'actes communs en pluri professionnalité.
- Option pour des principes d'horaires de prise en charge modulables et flexibles.
- Rapprochement des acteurs par la création d'une salle de rééducation dans l'unité, d'une salle polyvalente pour les réunions de concertation, d'une salle de repas pour les patients ; outre une rencontre inter-staff de manière hebdomadaire. Ceci augmentera, au travers de situations, le rapprochement des acteurs, leur permettant de se retrouver dans des espaces de détente, de de mise en commun, et favorisant les échanges.

⁸¹ Orthophoniste, neuropsychologue, etc...

⁸² Les organisations de Santé « *La grande Transformation* » Jean Paul Dumond p114

⁸³ R. Mucchielli. *Le travail en équipe*. Esf Edition 2014 p 16

Bien entendu, il est certain que d'autres règles (ou principes) émergeront, notamment dans la mise en application de cette territorialité (principe de « l'essai-erreur » à considérer).

Une fois les décisions arrêtées par le groupe de travail, se pose la question de l'irradiation de ces choix de réorganisation auprès des futurs acteurs pour que ceux-ci puissent assimiler voire même s'investir dans ce projet.

Nous avons vu précédemment que les membres du groupe endossent la mission d'acteurs interfaces auprès des professionnels de terrain et les managers le rôle de traducteurs.

Néanmoins, il est impératif de communiquer également officiellement les avancées du projet et d'accompagner les acteurs dans la mise en œuvre de celui-ci.

3.7 Communication et Accompagnement

Les deux étapes seront successivement abordées bien que celles-ci ne soient pas toujours aussi cloisonnées en pratique.

3.7.1 La communication du projet : comment ?

3.7.1.1 Auprès des salariés

a) Le rôle des membres du groupe

Comme nous l'avons vu précédemment, le rôle d'interface des membres du groupe est primordial dans ce projet. Bien entendu, en tant que chef de projet, ma disponibilité sur ce sujet est indispensable pour soutenir leur traduction de terrain.

De manière plus ou moins formelle, des échanges ont lieu sur cette thématique afin de mieux en comprendre les enjeux et de rapporter les idées et les préoccupations de terrain.

C'est pourquoi certains membres du groupe ont opté, en sus des échanges, pour l'outil de la boîte à idées pour faciliter l'expression de chacun de manière anonyme ou non, cette technique devant être assortie d'une certaine communication officielle sur ce sujet.

En effet, dans un contexte où la structure de soins est petite (rappelons qu'elle emploie moins de 120 salariés), il est nécessaire de rappeler le caractère officiel de certaines mesures avant que celles-ci ne soient déformées.

b) Une nécessaire officialisation

Plusieurs initiatives ont été et demeurent nécessaires pour que les salariés puissent être informés.

En effet, le premier canal de communication fut, courant janvier 2015, la présentation du projet et du groupe de travail en Assemblée Générale. Cet exercice a suscité quelques interrogations sur le futur projet et notamment sur la méconnaissance des liens avec l'ARS, les CPOM et le CRRF qui semblaient être une zone d'incertitude auprès des acteurs. Une rapide explication en tandem avec le Directeur a permis d'éclaircir ce point. De plus, une fois l'AG passée, beaucoup d'échanges ont eu lieu avec les membres du groupe.

Afin que l'ensemble des salariés puisse être informé du projet, l'utilisation de la technique de communication descendante est employée, en accord avec la pensée de MEDINA P. & LAHMADI G.⁸⁴, sur l'utilisation de différents supports d'information et de communication de manière réciproque entre la hiérarchie et les salariés. C'est pourquoi l'ensemble des comptes rendus et des diaporamas utilisés lors des réunions avec le groupe est disponible sur l'intranet du centre.

De plus, une note qualité est distribuée mensuellement aux salariés reprenant les points essentiels de la vie au centre dans laquelle j'ai demandé quelques lignes.

Cependant, l'officialisation du projet doit être également portée par les instances fonctionnelles du centre tel que la CME, le CHSCT, les IRP.

3.7.1.2 Une validation par les instances

a) La Commission Médicale d'Etablissement

L'avant-projet de réorganisation a été présenté en CME au mois de Décembre 2014 auprès de la communauté médicale. Le principal questionnement était les raisons de l'absence d'agissement immédiat sur l'organisation avant l'accroissement d'activité. En réponse, le médecin coordinateur (membre du groupe projet) s'est positionné vers une

⁸⁴ MEDINA P. & LAHMADI G. (2012). *La dimension communicationnelle du management hospitalier*. Communication & Organisation n° 41.

réelle réflexion globale et pluri professionnelle plutôt que de proposer des mesures peu pérennes dans le temps.

b) Le CHSCT, les Instances Représentatives du Personnel

Dans toutes ces instances, le projet de reconcevoir l'organisation a été présenté courant Décembre 2015 et en Mars 2015 pour ses avancées (notamment lors de l'élection des nouveaux membres du CHSCT) avec l'objectif premier de favoriser la qualité de vie au travail et de replacer le patient au cœur du soin par une nouvelle réflexion sur les espaces de travail, une pensée de travail axée sur la coopération et un décloisonnement des acteurs ; ces quelques points n'ont pu que susciter l'adhésion des différentes instances.

De plus, comme énoncé préalablement, la structure étant de petite taille, beaucoup de membres des instances sont eux-mêmes membres du groupe de travail, ce qui favorise une certaine transparence.

Malgré cette « transparence » et la petite taille de l'établissement, la communication est toujours dans cette structure un réel enjeu, un certain nombre de salariés déplorant sans cesse sa méconnaissance des projets menés, les privant ainsi de la possibilité de se projeter dans le futur.

Un travail de réponse, d'information, d'accompagnement de terrain, est indispensable. C'est pourquoi, nous abordons dans la partie suivante les pistes et les actions mises (et à mettre) en œuvre pour accompagner les acteurs aux changements.

3.7.2 Accompagner les acteurs aux changements

3.7.2.1 Des cadres jouant la carte de la proximité

Le management (cadre et médecin coordinateur) issu du groupe de travail a eu pour mission de présenter les différents scénarios à leurs équipes, et les quelques points du processus modifiés. Après discussions avec les cadres concernant ma présence à ces présentations, le choix opéré fut de leur laisser la possibilité de présenter seuls le projet à leurs équipes respectives, leur permettant ainsi de s'approprier le sujet avec leurs équipes.

En effet, certes chef de projet mais également IDE coordinateur de l'unité en question et hiérarchiquement peu légitime (à cette époque), il s'avère que dans les esprits de certains destinataires, j'apparais comme « juge et parti » du changement

proposé. Ainsi et afin d'éviter tous biais méthodologique, les cadres ont pu aborder seules leurs équipes en mode projet.

Toutefois, il a fallu à de nombreuses reprises reprendre quelques points d'explications avec l'encadrement pour que ceux-ci puissent vraiment être à l'aise avec ce dossier. Susciter ainsi le dialogue avec les cadres m'a permis de renforcer leur l'engagement dans ce projet en leur rappelant de se montrer très attentif aux remarques, réactions et autres comportements des opérateurs.

Parallèlement, en imprimant les découpages de l'unité en un format papier, le projet devenait et prenait une forme matérialisée. Il est certain que ce tournant vers un changement de cap dans notre structure historiquement teintée d'orthopédie, n'est pas forcément simple à accepter.

Cependant cette orientation vers la neurologie se trouve en accord avec la stratégie des UGECAM. En effet, cette vision a été confortée par notre gouvernance régionale pendant la période de présentation de nos scénarios.

Conscient que les scénarios proposés ne correspondaient pas intégralement aux conceptions et aux convictions des cadres, leur confrontation avec les équipes ont pu constituer des instants où les acteurs se sont trouvés face à une future réalité au travers des différents plans fournis. En effet, les conceptions et les paroles ont pu prendre forme en termes d'organisation.

Certains secteurs, tels que l'ergothérapie ou la sphère soignante, se sont vite mis en ordre de marche en termes de présentation et de réajustement. Cependant, conscient de la difficulté voire de la résistance de certains acteurs notamment les kinésithérapeutes devant ce type de changement, le management de proximité a quelque peu tardé dans la présentation des scénarios mais la confrontation fut riche de rebondissements.

Dans tous changements, la rupture avec le passé, avec les habitudes, entraîne chez les acteurs une manifestation de rejet voire une forme de résistance visant à maintenir l'état antérieur. Cette résistance ralentit, voire empêche, l'implantation du changement. Néanmoins, il demeure important de ne pas stigmatiser tel ou tel groupe. Les individus ne résistent pas par plaisir et le management ne doit pas reconsidérer leur attachement ou leur envie de travailler pour la structure. C'est pour cela qu'Alter définit la résistance au changement comme l'expression d'une réticence à changer ses comportements, représentations ou idées, notamment pour des raisons autres que ses valeurs personnelles. Celle-ci doit être considérée et analysée en dehors de tous préjugés négatifs et abstraire toute déloyauté des employés. « ⁸⁵*Les individus qui manifestent leur*

⁸⁵ ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte. p182-183

distance, (...) face à un changement, (...) passent pour manquer de loyauté, à l'égard de l'entreprise ou de sens de responsabilités....Le grand avantage de ce type de discours est qu'il permet de faire l'économie de l'analyse des résistances : peu important leurs fondements, elles participent des mauvais côtés du genre humain.»

C'est pourquoi, **impliquer les acteurs**, les consulter, que ceux-ci apportent leurs propositions, permet d'aborder, selon les travaux de Kurt Lewin⁸⁶, la phase de dé cristallisation afin de remettre en question le modèle de fonctionnement actuel.

En effet, en tant que chef de projet, je reprenais de manière plus explicite et parfois rassurante le bien fondé de ce projet. De nombreux échanges souvent informels sont nécessaires pour dé cristalliser et fournir de l'information concernant la nature exacte du changement, son contexte d'émergence (tout en considérant le présent avec respect et sans minimiser le changement qui nécessitera forcément des efforts d'appropriation). Il convient de se montrer très attentif aux remarques et aux préoccupations des opérateurs.

Selon C. Bareil⁸⁷, l'un des premiers facteurs humains de résistance est l'absence de participation des destinataires au processus décisionnel et à la mise en œuvre du changement. En effet, plutôt que de subir les modifications de l'organisation et de devenir victime du changement, je pense qu'il est important que les destinataires aient conscience du projet. C'est pourquoi la présentation des scénarios par les cadres de proximité et toutes les techniques préalablement citées de communication ascendante, permettent de créer les conditions nécessaires à l'appropriation du changement et permettent de devenir davantage force de proposition plutôt que frein à l'évolution.

Dans le cadre d'une conduite de projet, il est indelicat de demander aux acteurs de terrain « *pourquoi résistez-vous ?* » afin de comprendre les raisons des réticences en jeu. En appliquant le choix de la théorie évolutive des phases de préoccupations⁸⁸ de Bareil, ceci me permet de diagnostiquer certaines réactions, et de distinguer les préoccupations groupales et individuelles constituantes de zone d'inconfort pour les acteurs. « ⁸⁹*Une préoccupation n'est pas fonction de la personnalité de l'individu mais plutôt des impacts du changement sur lui La préoccupation est antérieur au comportement (de soumission, de résistance ou d'acceptation). Si on peut agir directement sur la préoccupation, on peut s'éviter des comportements de résistance ou de rébellion* ».

⁸⁶ Psychologie du travail « *La résistance au changement* »

<http://www.psychologuedutravail.com/tag/resistance-au-changement>

⁸⁷ BAREIL Céline (2004) *Gérer le volet humain du changement*. Edition Collection entreprendre p29 p47
Doctorat en psychologie du travail et des organisations de l'Université de Montréal, Céline Bareil est professeure agrégée à HEC Montréal.

⁸⁸ Cf. annexe 11

⁸⁹ BAREIL Céline (2004) *Gérer le volet humain du changement*. Edition Collection entreprendre p29 p77

Pour m'aider à cerner les zones de résistance des acteurs, l'utilisation d'un outil diagnostique simple appelé « la question gagnante » est essentielle: « *Qu'est-ce qui vous (te) préoccupe le plus actuellement par rapport au changement (nommer le changement) ?*⁹⁰ ».

Je ne me doutais pas que cette simple question aurait pu être utile mais lors de mes discussions de terrain avec les acteurs les plus récalcitrants aux changements, ceux-ci ont livré, et ce de manière assez sereine (étais-je pour eux une oreille attentive ?) leurs préoccupations.

Pour les rééducateurs, le devoir de choisir une spécialité est présent mais pas prégnant. De plus et de manière générale, le fait de diviser l'unité en secteurs et de créer des secteurs de spécialités par pathologies relevait du non-sens pour les professionnels (ce qui correspondait à l'un des quatre scénarios proposés). Dans la même veine, un secteur fermé susceptible d'accueillir les patients déambulants et fugeurs bloquait les conceptions des professionnels et de certains membres de l'encadrement. L'expression des préoccupations correspond enfin au fait que les acteurs ne soient plus indifférents au changement organisationnel. Toutes ces inquiétudes sont rassurantes dans le cadre du projet managérial. En effet l'expression des préoccupations correspond enfin au fait que les acteurs ne soient plus indifférents au changement organisationnel. C. Bareil précise bien dans son ouvrage que le changement dans la phase une a peu d'emprise sur les destinataires, ce qui fut le cas pendant quelques mois notamment sur les acteurs médicaux et de kinésithérapie.

Dans le cadre de ce projet, j'ai opté pour une mise en rythme des réunions, en instaurant un jour fixe dans la semaine, des rencontres mensuelles voire bimensuelles, afin que les membres du groupe - et par effet ricochet - les professionnels de soins, soient conscients des réunions et des décisions de changements que ces rencontres entraînent. Cette méthode permet une certaine mise sous tension des acteurs puisque « *Tant que le destinataire ne ressent pas suffisamment de pressions externes, il demeure dans la phase une, plus confortable et moins menaçante* »⁹¹.

Des phases 1 à 2 puis 3 :

Lors de la décision de groupe de travail sur le scénario, la plupart des professionnels était en accord avec la version la plus flexible (à savoir une version à la charge de travail relativement homogène par secteur avec toutefois un secteur avec une tendance lourde et surtout pas de filière dédiée). Sans grande réelle surprise, le « ni-ni » proposé par les kinésithérapeutes et une proposition d'organisation quasi jumelle à celle

⁹⁰ Ibid p127

⁹¹ Ibid p 85

en place actuellement entraîna de vives discussions et un vif refus. Cependant, de nombreuses idées ont émergés de ces débats. Dans une approche culturelle du changement, il faut valoriser le dissensus, « ⁹²ils sont gages de la liberté à produire un monde particulier. Ne pas rechercher à tout prix ou trop vite des consensus mais tirer parti des contradictions ».

Ainsi l'intention des rééducateurs de préserver leur choix pour différentes pathologies, les a emmenés à la réflexion sur leurs préoccupations centrées sur leurs cas et sur l'organisation et non le statu quo. Cette phase d'inquiétude sur les conséquences sur son poste, puis des impacts et des conséquences du changement sur l'organisation, correspondent aux phases 2 et 3 de la théorie préalablement citée.

Ainsi, le levier employé pour **débloquer la situation** fut de repenser à nouveau quelques points sur la disposition architecturale.

Un scénario 5⁹³ a finalement vu le jour et a été accepté par le groupe de travail dans la mesure où la salle de rééducation et la salle de soins (non prévue au départ) ont dû être déplacées.

En effet, culturellement, les patients les plus « lourds » sont actuellement proches de la salle de soins. Le déplacement de celle-ci de manière centrale entre les deux ailes du service assure davantage une dispersion de cette typologie de patients et rend certainement les secteurs plus homogènes en termes de charge de travail et hétérogènes dans la typologie de patients accueillis. De plus l'abandon du secteur fermé au profit d'une technologie de géolocalisation des patients a été un point facilitateur dans l'adhésion au projet.

Opter pour un scénario de travail ne fut pas d'une grande simplicité, malgré des propositions constructives de part et d'autres des professionnels. Mais une fois ce consensus arrêté, il reste à écrire le script des répliques des acteurs et à mettre en place toutes les données techniques nécessaires au « tournage » ainsi que les éléments de raccord permettant la continuité des soins. Ces éléments de raccord entre différents professionnels représentent de nouvelles habiletés à acquérir. Travailler de manière collaborative dans le cadre des principes préalablement énoncés dans un territoire de soins de ce cinquième scénario nécessite de parler un langage commun, de percevoir la rééducation de manière interdisciplinaire (ou interprofessionnelle).

⁹² Les organisations de Santé « *La grande Transformation* » Jean Paul Dumond p 135

⁹³ Cf. annexe 12 : nouveau scénario N°5 dans une architecture repensée

Cet accompagnement vers un nouveau contexte partagé peut s'appréhender grâce à la formation et au développement des compétences.

3.7.2.2 Accompagner d'un point de vue de la gestion des compétences et de la formation

L'objectif principal de ce projet est de faire évoluer différents acteurs de soins au sein d'une organisation collective dont les maîtres mots seront « coopération/collaboration ». Comme nous l'avons déjà évoqué, la coopération ne se décrète pas et, pour résumer, des individus s'accordent entre eux si leurs objectifs, leurs visions, leur éléments de langage deviennent communs. Réunir « une équipe d'experts » en différents secteurs de soins ne prédit pas d'une performance collective. En effet, une « équipe experte » ne se révèle être qu'une addition de compétences et de performance individuelles.

Selon les travaux de C.Sève, la performance collective prend forme dans la mesure où un contexte cognitif partagé s'est installé. Chaque équipe (pour rappel trop cloisonnée jusqu'à aujourd'hui) a développé son histoire collective, ses formes d'organisation, ses codes de communications propres. Ainsi rapprochés, les opérateurs de soins s'engagent dans la création de nouveaux modèles mentaux communs : « ⁹⁴Les résultats montrent que les équipes dans lesquelles les membres présentent des contenus de connaissances structurés et organisés de la même manière réalisent de meilleures performances, et confirment l'idée que la similarité et la justesse des modèles mentaux relatifs à la tâche et au fonctionnement de l'équipe sont des prédicteurs de la performance collective ».

De plus ce changement programmé va entraîner la nécessité pour les destinataires d'appréhender de nouveaux savoirs, de nouvelles habiletés tel que le travail en commun qu'il serait regrettable de ne pas considérer. En accord avec les développements de C.Bareil⁹⁵ dans le cadre de la conduite du changement face aux résistances : « *le changement peut remettre en cause les savoirs du destinataire. Il est question ici non seulement des connaissances techniques du métier mais aussi des connaissances professionnelles et des habiletés. Acquérir des connaissances est une chose ; maîtriser des habiletés en est une autre* ».

⁹⁴ Carole SEVE, Jérôme BOURBOUSSON, Germain POIZAT, Jacques SAURY (2009) *Cognition et performance collectives en sport. Intellectica*, 2009/2, 52, pp. 71-95

⁹⁵ BAREIL Céline (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Edition Collection entreprendre p 52

Ainsi dans le cadre de ce projet, il est nécessaire de développer les habiletés du « *travail ensemble* ». L'interdisciplinarité des équipes peut s'appréhender par des processus de partage en termes d'échanges d'informations et de communications au travers de formations communes.

En effet, la question d'un savoir partagé est l'une des conditions d'une action véritablement collective. La psychologie du travail insiste sur la nécessité de représentations communes « ⁹⁶*par exemple sous forme d'un référentiel opératif* » (Terssac et Chabaud, 1990) ou, du moins d'une compatibilité des « *bases d'orientation de l'action* » (Savoyant, 1983). »

Pour cela, dans le cadre de la réadaptation, il existe une législation⁹⁷ (cf. supra) préconisant que « *L'équipe pluridisciplinaire réalise pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique, en liaison avec le médecin ayant prescrit les soins de suite et de réadaptation. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalué* ».

A ce jour dans la structure, il existe un projet thérapeutique mais celui-ci n'est pas réellement élaboré en équipe de manière pluridisciplinaire. Les soignants et les rééducateurs élaborent leurs objectifs sans concertation collective et souvent sans le patient qui se retrouve devant des objectifs préétablis sans vraiment avoir sa part de décision.

C'est pourquoi je pense qu'il est important d'introduire une double concertation dans l'élaboration du projet, d'une part entre les soignants et d'autre part avec le patient.

La première permet de réduire le morcellement car chacun (quelle que soit sa place) pourra insérer sa partie dans une représentation d'ensemble : « *La présence des autres est l'occasion de donner consistance et visibilité au travail de chacun : par le seul fait de rapporter ses actions, on démontre son utilité (...) on marque sa place...* »⁹⁸

La seconde permet de repositionner le patient comme élément central dans le cadre de sa prise en charge et de ses objectifs.

Pour répondre à ces points, **un outil appelé P3I**⁹⁹ (Plan Intervention Interdisciplinaire Individualisé) existe. Notre projet thérapeutique n'en porte que le nom mais n'en remplit pas les modalités de mise en œuvre. En théorie, cette méthode réunit professionnels, patient et famille. Le P3I est un outil permettant la coordination et la

⁹⁶ Citations de Michèle Grosjean, Michèle Lacoste (1999). Communication et Intelligence Collective. *Le Travail à l'Hôpital* Edition PUF 4eme tirage p 35

⁹⁷ Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

⁹⁸ Michèle Grosjean. Michèle Lacoste (1999). *Communication et Intelligence Collective*. Le Travail à l'Hôpital Edition PUF 4eme tirage p 109

⁹⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1108841/fr/de-quelle-maniere-le-p3i-constitue-t-il-un-outil-qualite site consulté en octobre 2014

matérialisation de l'évaluation du handicap. La formalisation du P3I demande la participation active de l'ensemble de l'équipe soignante, thérapeutique, avec un souci d'égalité de prise de parole.

Le patient est sollicité et devient acteur de son projet dont il n'est plus l'objet mais véritablement le sujet. Chaque professionnel dans sa spécificité identifie les interventions à mettre en place auprès du patient et met en œuvre les actions prioritaires. Le P3I permet interactions et passage des informations entre les différents professionnels pour garantir leur complémentarité. Selon des techniques d'animation de groupe, le P3I propose que : « ¹⁰⁰L'animation soit (« est » dans le texte) effectuée par l'un des thérapeutes quel qu'il soit, pourvu qu'il ait suivi une formation complémentaire d'animation de groupe. Son rôle est important, il consiste à en favoriser l'expression des professionnels plutôt discrets et à rééquilibrer la parole au sein du groupe dans un temps limite ». Cette méthode montre l'amélioration de la collaboration, et permet une reconnaissance du travail de chacun pour aller vers les objectifs du patient. Ainsi l'ensemble des professionnels soignants et rééducateurs est reconnu dans le processus d'autonomisation des patients, ce qui n'est pas encore une réalité à ce jour dans un cadre dans lequel certains professionnels manquent de considération et de reconnaissance de leur travail auprès du patient (les soignants et également les intervenants sociaux).

C'est pourquoi, dans le cadre de ce projet, une formation commune au P3I doit être proposée, dans un premier temps une journée destinée aux cadres et aux médecins afin d'être porteur du projet, puis dans un second temps deux journées destinées à l'équipe neuro-dédiée. Ainsi une identification des différentes équipes sera opérée et celles-ci bénéficieront d'objectifs concertés et de caps à suivre clairement définis (déterminants organisationnels et interactionnels). Cette formation interviendra à deux reprises afin de subdiviser les équipes dans le but d'assurer la continuité des soins.

Cependant, dans ce projet de rapprochement des acteurs dans un territoire, un projet parallèle doit prendre forme avec les différents cadres de proximité, à savoir une réflexion plus poussée sur les compétences requises pour aborder la spécialité de neurologie. Certes, les actuels destinataires interviennent déjà auprès des patients atteints de troubles neurologiques ; mais il est constaté qu'en kinésithérapie ce sont les nouveaux arrivants qui se trouvent être alloués à cette fonction. Il est nécessaire de s'interroger sur leurs compétences réelles et acquises.

¹⁰⁰ Isabelle PIOGER (Cadre de santé). *Le P3I : un outil qui favorise l'interdisciplinarité en CRR*: Congrès AIRR L'interdisciplinarité (Lamalou-les-Bains). 2004

C'est pourquoi, de manière calendaire et dans le cadre des nouvelles modalités préconisées par le groupe UGECAM début avril 2015 sur l'entretien professionnel (temps supplémentaire de rencontre des agents lors des entretiens annuels d'évaluation), nous pourrons, avec les cadres de santé, référencer plus facilement les parcours et les formations passés et futurs. Ces informations, jusqu'à présent diluées dans différents documents voire non référencées, pourront permettre d'élaborer une ébauche de cartographie des compétences de nos différents agents. En outre, dans un second temps, un autre travail avec les managers sera de repérer les situations prépondérantes de leurs activités et de proposer des formations au regard de celles-ci.

Parallèlement, afin de reconnaître les professionnels dans leurs compétences et leurs pratiques, le médecin coordinateur propose de mobiliser les compétences des médecins (en ce compris son intervention en tant que neurologue), des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et des soignants pour créer un « séminaire de prise en charge de neurologie » avec les futurs acteurs de cette unité axé sur les connaissances, les aspects pratiques, permettant à chacun de proposer des thèmes de discussions telles des analyses de pratiques. Ce projet, d'une envergure logistiquement importante, permettra de créer du lien entre les professionnels puisque comme le précise R.Muchielli ¹⁰¹ « *les qualifications différentes accroissent l'interdépendance et la complémentarité des intervenants ; elles peuvent donc devenir, dans une équipe cohésive, un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel* ».

Ce séminaire devient un projet complémentaire et supplémentaire dont les modalités d'application ne se retranscriront pas dans cet écrit pour des raisons méthodologiques, l'idée de concevoir ce séminaire ayant pu émerger dans le cadre des travaux du groupe de travail notamment lors des choix de scénarios.

Après avoir souligné la nécessité d'accompagner les acteurs aux changements et de consacrer du temps à la formation pour que ceux-ci puissent être armés face à cette nouvelle situation, il est important à présent de se poser les questions suivantes.

Quand allons-nous former nos professionnels et comment peut-on les accompagner dans cette future organisation ? La solution, comme pour le déblocage des résistances face aux scénarios proposés, passera de nouveau par la destruction et la renaissance de l'architecture environnementale.

¹⁰¹ R. Mucchielli. *Le travail en équipe*. Esf Edition 2014 p 49

3.7.2.3 Des travaux : un levier pour l'expérimentation vers une organisation apprenante

Pour resituer notre projet en termes capacitaires, nous sommes aujourd'hui en présence de 50 lits (avec de nombreuses chambres doubles). L'augmentation en charge de la neurologie de 10 lits sous-entend une baisse de 20 lits d'orthopédie pour obtenir 40 chambres seules.

En d'autres termes, une aile complète du bâtiment devra fermée durant les travaux, ce qui laisse une capacité d'accueil entre 20 et 23 lits au lieu de 40.

Pendant ladite période des travaux, les ressources humaines soignantes seront abondantes au regard des patients présents. C'est pourquoi il est judicieux de profiter de ce moment - que j'ose nommer « lune de miel en personnel » - pour expérimenter le scénario d'organisation choisi.

En effet, le service devra devenir le laboratoire du changement annoncé. En appliquant les normes et principes édictés de l'organisation en version minimale, il sera plus facile pour les destinataires de s'approprier le changement et de le transférer une fois les quarante patients présents. Il sera plus aisé pour l'encadrement de proximité d'accompagner les destinataires à cette nouvelle organisation et surtout de recenser les problèmes, de mettre en place des actions correctives aux dysfonctionnements, et de promouvoir les idées constructives émergentes.

C'est dans ces situations que le management des cadres prend sens. Il ne suffit pour les managers de mettre en mots un ensemble de techniques et de règles pour la gestion et l'administration d'une organisation. Le management prendra son sens entre coordination technique et coordination sociale. « ¹⁰²*Le management ne se réduit pas à la définition de principes et de règles en amont ; il se définit également par sa capacité, en aval, à rendre ses décisions réalistes, à les adapter aux contraintes réelles des échanges, ce qui oblige à intégrer la logique des échanges sociaux.* ». En effet, le groupe projet devra rester « sous tension » afin d'évaluer et être réactif aux difficultés qui peuvent subvenir.

Vraisemblablement, cette phase expérimentale devra permettre d'appréhender plus facilement ce changement (ou mouvement selon ALTER) en vue d'une certaine stabilité : « ¹⁰³(...) *chaque changement demande en effet pour être mis en œuvre, une multitude de petites ou de grandes négociations, de régulations institutionnelles ou personnelles, de retours en arrière et de corrections, d'adaptations progressives du projet initial* ».

¹⁰² ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte p162

¹⁰³ ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte p 87

Ces quelques mois de travaux permettront (nonobstant la difficulté de gestion de cette période bruyante et poussiéreuse) de stabiliser les esprits et les pratiques tout en restant vigilant et sous alerte lors de l'ouverture des lits supplémentaires. Face à une nouvelle organisation propice à l'échange, l'on peut espérer développer la collaboration interprofessionnelle. En reprenant les écrits de Likert (1967), Mucchielli¹⁰⁴ montre que seule une stabilité suffisante des coéquipiers permet des relations de travail coopératives et une organisation efficace.

Dans le cadre de ces « première prises de vue », une fois le changement mis à l'essai et appliqué, il sera espéré par les différents managers que les acteurs se préoccupent du transfert du changement entre destinataires. Une fois que ceux-ci auront pu éprouver les problèmes, en apporter les solutions, les essayer, ils partageront leurs savoirs. Cette phase correspondrait, selon C.BAREIL¹⁰⁵, à la phase de préoccupation centrée sur la collaboration, l'entraide et la coopération. Cette phase est qualifiée de transition selon K.LEWIN.

Finalement, dans la gestion des ressources humaines, la dernière étape du changement dite de recristallisation (cf. Lewin) permettra en premier lieu aux individus d'aborder les nouvelles pratiques collaboratives de façon plus spontanée en s'harmonisant avec les autres dimensions du quotidien. En second lieu, si les cadres et les acteurs de soins dans leur ensemble évoluent vers la dernière phase de C.Bareil dans laquelle leurs préoccupations sont centrées sur l'amélioration du changement, si ceux-ci veulent relever de nouveaux défis et de nouvelles façons d'améliorer le changement par révision de celui-ci ou par l'approche de pratique innovantes qui vont au-delà de ce qui est préalablement planifié, un tel contexte constituerait ainsi un réel levier vers une performance collective et une prise en charge des patients de qualité et de sécurité.

Bien entendu, d'autres points notamment dans l'analyse de processus seront à travailler tel que l'animation, la rééducation de type balnéothérapie pour les patient atteints de troubles du système nerveux, l'articulation des prises en charge avec le développement de l'HDJ, et la formalisation d'un parcours de soins (modèle d'échéancier de prise en charge) afin d'avoir une feuille de route d'équipe aux contributions individuelles vers cette performance collective qui se construira pas à pas.

Par ailleurs, la mise en place de ce projet nécessite de pouvoir être évalué dans différents domaines entre les attendus et les coûts de mise en œuvre.

¹⁰⁴ R. Mucchielli. *Le travail en équipe*. Esf Edition 2014 p 82

¹⁰⁵ BAREIL Céline.(2004) *Gérer le volet humain du changement*. Edition Collection entreprendre p 95

4. Évaluation prospective et indicateurs

Avant toute projection évaluative, il est à noter que le premier déterminant est de répondre favorablement au CPOM entre l'UGECAM et l'ARS à savoir la fiche action n°10¹⁰⁶. Le premier indicateur de réussite sera bien entendu l'accroissement de la prise en charge de patients de neurologie de 30 à 40 lits afin de répondre favorablement au CPOM sur le renforcement territoriale de la prise en charge neurologique

4.1 Evaluation financière

4.1.1 L'architecture

Le financement du projet est possible et réalisé par une avance FNA (Fond National d'Amorçage), ce qui signifie un prêt à taux 0 de la CNAMTS, de 2.850 K€.

Les établissements ne peuvent pas emprunter sur le marché. Les prêts souscrits présentent l'avantage d'être à taux zéro mais le capital disponible est très limité. Seuls les dossiers jugés pertinents sont financés.

Les premières estimations de l'économiste ont mis en évidence que l'enveloppe serait peut-être insuffisante.

L'établissement ayant réalisé un excédent de 527 K€ en 2014, le Conseil de l'UGECAM votera une affectation de 250 K€ de ce résultat sur une ligne du bilan appelée "Excédents affectés à l'investissement" (comme son nom l'indique).

Le reste est destiné à éponger les reports à nouveau déficitaires.

L'enveloppe du projet est donc portée à 3.200 K€ toutes dépenses confondues, ce qui représente environ 2.650 K€ de travaux TTC. Bien entendu, ceci représente le possible financement de l'ensemble du projet immobilier.

Concernant les travaux de l'unité dite « neuro-dédiée », l'estimation était de 697 K€ mais dans le cadre du remaniement pour se conformer au scénario 5 susvisé, l'estimation sera de 715 K€.

¹⁰⁶ Cf. annexe 13

4.1.2 Le matériel

Une augmentation de l'activité sous entendra également des investissements en matériels dans les différents domaines.

En effet, le besoin en matériel des rééducateurs va s'accroître et celui des soins également. Or, à l'heure actuelle, l'estimation des besoins est encore relativement immature. Toutefois une première estimation du matériel de soins est énoncé à savoir une enveloppe d'environ 40.000,00 Euros (lève malade, verticalisateur, matelas air, etc...).

Il sera capital d'estimer en sus les besoins en matériel de la salle de rééducation d'étage.

Dans cette situation, un autofinancement sera réalisable, l'enveloppe annuelle moyenne attribuée à l'établissement étant de 170.000,00 € (tous investissements confondus).

4.1.3 Les effectifs supplémentaires et le coût des formations

- Les effectifs

Le CPOM fixait la création d'un certain nombre de postes (avant et après projet).

Le passage de la capacité de 100 à 90 lits avec un développement et une structuration de l'activité en neurologie implique des besoins supplémentaires en personnel.

Fonction	ETP	Coût annuel
Aide soignante	5,00	173 554
IDE	2,50	121 084
Rééducateur	1,00	48 434
TOTAL	8,50	343 071

Les aides-soignantes supplémentaires sont justifiées par le niveau de dépendance des patients, les IDE par la surveillance accrue.

Le rééducateur supplémentaire sera un ergothérapeute afin que le scénario choisi puisse être possible. En effet, l'unité d'orthopédie traumatologie ne peut fonctionner avec un seul ergothérapeute.

Toutefois l'écart d'évolution entre les charges de personnel (positif) et la dotation de financement (négative) rend les prévisions périlleuses. Malgré le rebasage, en restant sur les évolutions constatées ces dernières années, l'établissement serait à nouveau structurellement déséquilibré en 2019-2020.

- Les formations

Au titre des formations pouvant être évaluées par avance, la formation au P3I pressentie dans le cadre du projet se déroulera en intra sur deux jours.

Une première réunion sera destinée aux cadres et aux médecins afin de porter le projet. Son coût est estimé à environ 1850 euros. Il faudra ensuite entre deux à trois sessions pour couvrir l'ensemble du personnel (environ 18 participants maximum par session). L'estimation est de 3250 Euros par session soit une estimation totale de 9750 euros ; soit un total pour l'ensemble des réunions de 11.600 Euros.

Bien entendu ce coût de formation est dépendant du maintien de l'arbitrage de la direction quant à son exécution.

Afin de suivre l'évolution des personnes formées et la résultante de cette formation à savoir le nombre de P3i (Réunions de concertation pluridisciplinaire de rééducation) et afin de faciliter la lecture des indicateurs en question, une « fiche indicateur » est proposée ci-après :

ACTION : Formation P3i		
Critères	Indicateur 1	Indicateur 2
	Nombre de personnes formées de l'unité neuro dédiée	Nombre de P3I par an
<i>Objectif/ Pertinence</i>	Vérifier le nombre d'agents formés sur le site	Accroître le nombre de rencontres interprofessionnelles et repérer les cas complexes de prise en charge
<i>Enjeu</i>	Anticiper les mouvements du personnel pour maintenir un pourcentage correct de personnes formées à la thématique	Créer une culture de la collaboration et une vision partagée centrées sur le patient dans l'établissement
<i>Comment / Simplicité</i>	Feuille émargement et convocation /liste du personnel	Recenser et comparer avec les années antérieures
<i>Simplicité mode de calcul / Fiabilité</i>	Oui	oui
<i>Evolutivité de l'indicateur</i>	Oui (selon turn over)	oui
<i>Visualisable</i>	Oui (histogramme sur ensemble du personnel)	oui
<i>Seuil d' inacceptabilité</i>	20 % de l'équipe	Inférieur à 2 par mois

Concernant le séminaire susvisé proposé par le corps médical, en dehors du temps de formation, celle-ci sera relativement indolore financièrement. Nous pouvons penser à l'initier dans le cadre du DPC puisque le CRRF est reconnu OGDPC. Cependant sa mise en œuvre nécessite un plan d'élaboration et de planification qui ne sera pas abordé dans cet écrit.

4.1.4 Prospectives à 40 lits : les gains et les pertes liés aux travaux

Prospectives financières avec 40 lits :

- Diminution du forfait journalier recalculé sur la base d'un établissement de 90 lits au lieu de 100 ; mais on peut présager que le taux d'occupation sera meilleur par le fait que les patients en neurologie bénéficient de moins de sorties thérapeutiques de week-end qu'en orthopédie du fait de leur dépendance.

- Hausse du supplément chambre particulière mais il s'agit d'une recette "fragile" liée aux politiques des mutuelles et à la solvabilité des patients (passage de 64 chambres seules à 72).

- Hausse probable des dépenses médicales (labo, médicaments, etc....) non encore estimées à ce jour. En effet, les pathologies sont confondues dans nos coûts, ce qui ne permet pas d'estimer par pathologie les dépenses engagées. Parallèlement à ces propos, la direction travaille sur une comptabilité analytique de prise en charge par pathologie.

Le CRRF n'est pas encore capable de différencier les pathologies pour la partie examens de laboratoire par pathologie.

Pour la part pharmacie, une comptabilité par affection semble encore impossible pour cause de logiciel immature en termes d'estimation de besoin et gestion de stock.

Cependant, il sera néanmoins nécessaire de pouvoir rattacher les molécules onéreuses au séjour (elles font déjà l'objet d'un envoi avec le PMSI même si le fichier reste à améliorer). De même, désormais les actes externes (consultation, IRM, etc....) sont saisis et rattachés au séjour du patient donc traçables dans le PMSI: c'est un enjeu très important dans le cadre futur de la T2a.

Le problème de l'accompagnement pendant les travaux :

Paradoxalement, si l'architecture est un point de déblocage dans ce projet en termes de choix de scénario notamment et sera facilitant pour initier des formations, il est malheureusement un grain de sable dans l'engrenage financier notamment dans les points suivants:

- Baisse des forfaits journaliers (environ 450 K€ annuel en arrondissant).
- Baisse du supplément chambre particulière (environ 650 K€ annuel) sur un budget de recettes de 10 K€.
- Baisse des recettes T2A de par la fermeture de lits. Ce nouveau mode de financement qui s'installera des 2016 se révèle être une importante interrogation.

4.1.5 La T2A : un atout ou un frein ?

Dans le cadre de ce projet (et également des projets parallèles tel que l'HDJ par exemple), le calendrier n'est pas forcément favorable pour des évaluations prospectives.

Toutefois, il semble que le juge de paix sera la T2A avec des impacts forts sur les recettes des établissements. Les prises en charge des affections neurologiques et HDJ seraient les mieux financées mais aucun établissement ne dispose de lisibilité sur ses recettes à venir.

Nous sommes en configuration « pré-réorganisation » et il conviendra de formuler des effectifs nécessaires à la nouvelle organisation et de les confronter à nos recettes lors de la mise en place de la T2A.

Il faudra être vigilant en fonction de nos estimations d'effectifs nécessaires pour ne pas mettre les personnels et l'établissement en difficulté dans le cadre de ce nouveau mode de financement constituant à ce jour un flou artistique.

Ce manque d'informations sur la T2A est-il volontaire ou non ? Quoi qu'il en soit et de manière générale, aujourd'hui aucun établissement ne peut s'y préparer.

Puisque l'immobilisme ne peut être envisagé dans notre stratégie d'établissement, il est indispensable de maintenir les projets en éveil et d'engager les personnels vers un principe général de qualité et de sécurité des soins de manière collective.

4.2 Evaluation de la qualité des soins et de la performance collective

4.2.1 Un attendu fort : une baisse de la DMS et des autres indicateurs

- La DMS

Dans ce projet, lorsque les ingrédients de la performance collective ont été mis en place, à savoir la coopération, la confiance, et une vision partagée¹⁰⁷, l'un des attendus les plus prégnants est la diminution de la Durée Moyenne de Séjour.

Telle qu'évoquée lors du diagnostic (cf. supra 2.2.2), la durée de séjour, malgré une dépendance et une difficulté dans le parcours en aval, est de 53 jours en 2014.

Le rebasage des lits de neurologie sur un même étage semble être l'une des causes de son inflation (> 12 jours) depuis 2012. Nous avons constaté une diminution de deux jours cette année.

C'est pourquoi, l'objectif de ce projet est une diminution de la DMS, sous la barre de 50 jours en 2016.

- Liste d'attente et délai d'admission

Comme nous l'avons abordé dans la première partie de ce travail, il existe entre 12 et 15 dossiers en attente faute de place. Bien entendu, la montée en charge des lits pourra absorber cette file. Cependant, les fuites de patients (9 % en période estivale) pourront de nouveau réintégrer la file active.

Parallèlement, une information encore informelle d'une fusion d'un établissement similaire au CRRF dans un autre espace géographique va très certainement élargir notre aire de recrutement de patients. C'est pourquoi, une prise en charge précoce est nécessaire et devra faire l'objet également d'indicateurs de pilotage afin de ne plus être confronté à des délais parfois insoutenables de 75 jours.

- Cohérence et qualité des soins

Pour reprendre la notion de carence collaborative suffisamment évoquée dans cet écrit, je souligne que 20 % des FSEI du centre soulignent le défaut de coordination entre acteurs, conséquence symptomatique du cloisonnement.

La mesure de cet indicateur est relativement facile à implémenter puisqu'elle fait déjà l'objet d'un calcul annuel.

¹⁰⁷ Vignes T(2014). *La performance Collective, un objectif pour les organisations*. Soins Cadres n°92 Nov. 2014 p 36

Afin de faciliter la lecture des indicateurs en question, une « fiche indicateur » est proposée ci-après :

Action : Nouveaux modèles d'organisation				
Critères	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6
	DMS Unité neuro- dédiée	Liste d'attente des demandes d'admission	Délai d'admission	FSEI défaut coordination interservices
<i>Objectif/ Pertinence</i>	Baisse du temps de séjour des patients atteints du système nerveux	Baisse du nombre de demandes d'admission en attente	Baisse du nombre de jours entre la demande d'admission et l'admission	Baisse du nombre de FSEI en lien avec l'incoordination, le manque de communication entre services
<i>Enjeu</i>	Optimisation du parcours de soins	Diminution du taux de fuite, attractivité. Fluidification de la filière spécifique neurologie sur le territoire	Prise en charge précoce Attractivité Réactivité	Mesure de la coopération
<i>Comment / Simplicité</i>	Données du SI Et données du PMSI	Nombre de dossiers en attente le vendredi après édition des entrées	Mesure en jours entre demande d'admission et admission	Différentiel par année à partir de la réorganisation
<i>Simplicité mode de calcul</i>	Oui	Oui	Oui	oui
<i>Evolutivité de l'indicateur</i>	Oui	Oui	Oui	oui
<i>Visualisable</i>	Oui	Oui	Oui	Oui
<i>Seuil d'inacceptabilité</i>	50 jours à 2 ans 48 jours à 3 ans	Supérieur à 6 dossiers	Supérieur à 15 jours	Inférieur à 10 sous 2 ans et à 5 sous 3 ans

Abordons à présent le dernier volet du changement, à savoir l'évaluation sur le plan humain.

4.3 Evaluation sur le plan humain

Cette évaluation, bien qu'assez complexe à réaliser, présente néanmoins l'intérêt supérieur de s'adresser au patient, centre du projet, mais également aux acteurs mêmes du changement.

4.3.1 Que va retirer le patient de ce projet ?

Lors de l'analyse processus, des points facilitant la cohérence de prise en charge du patient, telle que la demande de renseignements complémentaires sur l'aspect clinique du patient afin d'anticiper son arrivée et d'optimiser l'accueil de celui-ci en termes de sécurité et de qualité d'accueil, sont extrêmement bénéfiques pour le patient. Une consultation partagée entre acteurs de soins permettra de bénéficier précocement de la meilleure installation et des orientations de soins.

Un autre gain sera une baisse de la tension exercée sur le patient (voire de la pression par moment). Un lissage de l'activité par secteur de soins avec la présence d'interlocuteurs clairement identifiés sur un territoire, permettra de ne pas être oppressant quant aux horaires de prise en charge. Par secteur, les horaires seront discutés entre les acteurs de soins en fonction des possibles du patient et non plus en fonction des possibles des professionnels de soins. Le patient ne sera plus une interface arbitrale lors d'une coordination dissonante des soins. Pour l'exprimer différemment, une prise en charge globale sera mise en place par secteur pour une prise en charge cohérente et optimale.

Un rapprochement des acteurs entre eux par les situations communes de travail notamment dans l'unité optimisera l'autonomie du patient. Ainsi culturellement, ce patient qui estime encore sa chambre - le lieu de vie - comme un lieu de repos, prendra également doucement la mesure que la réadaptation est transversale dans l'établissement.

Ainsi ce projet de décroisement facilitera les évaluations des progrès par et entre soignants et rééducateurs avec pour conséquence immédiate une meilleure qualité et une plus grande sécurité des soins. La seconde conséquence sera la satisfaction pour le patient de sortir plus rapidement du lieu de soins pour regagner son domicile en ne glissant plus dans la boîte au lettre un questionnaire de satisfaction aux critiques virulentes sur son séjour.

Pour cette raison notamment et bien d'autres également les acteurs de soins seront directement impactés par le changement.

4.3.2 Que vont retirer les professionnels de santé de ce projet ?

Questionnaire de satisfaction du personnel, FSEI, fidélisation et attractivité du CHSCT

Evaluer ce point est me semble-t-il le plus complexe. En effet, les conditions de travail peuvent faire l'objet d'audits ou de questionnaires de satisfaction du personnel qu'il sera très certainement intéressant de rééditer après la mise en œuvre du projet. En effet, un questionnaire avait été distribué dans le courant de l'année 2010 relatant déjà les problématiques de cloisonnement. L'indicateur de FSEI préalablement cité permet d'en mesurer quelques aspects.

Mesurer, lors des Entretiens Annuels d'Evaluation, le ressenti, le niveau de fidélisation pour la spécialité en question et son attractivité au travers de de toutes les catégories de personnels, est à envisager une fois le déploiement effectué.

Lors du déploiement, il sera également indispensable de considérer les premières évaluations, requêtes émanant des différentes instances telles que le CHSCT et les IRP.

De plus, je tiens à souligner que le groupe de travail, qui restera « sous tension » afin d'évaluer et être réactif aux difficultés qui peuvent subvenir, constituera pendant le temps nécessaire un canal d'espace et de discussion sur le travail.

En outre, dans le cadre de ce projet dit propice à la collaboration « ... *il ne suffit pas de « pouvoir » coopérer, encore faut-il « vouloir » le faire : la question de la satisfaction au travail se trouve reformulée puisqu'elle apparaît comme une condition de l'investissement des individus dans un projet collectif*¹⁰⁸ ».

Ainsi j'ose penser que le changement, le mouvement voire l'innovation, ne peuvent exister sans l'investissement des acteurs de terrain.

Nous avons perçu dans ce projet qu'il existe un investissement fort de la région, du groupe, de l'institution, des managers et des acteurs de soins (du groupe de travail et de terrain) pour faciliter sa mise en œuvre. La satisfaction du personnel, quant à elle, passera aussi dorénavant par son engagement et sa coopération.

¹⁰⁸ Michèle Grosjean. Michèle Lacoste (1999). Communication et Intelligence Collective. *Le Travail à l'Hôpital* Edition PUF 4eme tirage p36

CONCLUSION

Comme nous avons pu le souligner tout au long de ce projet managérial, la principale variable dans la mise en œuvre de tout projet n'est ni plus ni moins que l'homme dans sa construction identitaire professionnelle. Le rôle du manager est de sans cesse réinventer sous contraintes des mondes possibles dans lesquels chacun puisse trouver sa place et un certain engagement professionnel ; ce qui est le plus difficile au départ car les hommes ne pensent dans un premier temps qu'à se défendre.

Les mondes de demain souvent inventés par d'autres et parfois loin de nos conceptions, doivent être découverts et affrontés de manière collective ; conception largement démontrée sous différents angles au travers de ce projet. En effet, travailler en équipe, c'est perdre de sa liberté. C'est ainsi que le manager doit être en capacité de traduire une hypothétique perte en une satisfaction. Le manager de demain devra privilégier le management relationnel et au management organisationnel.

C'est pourquoi il est complexe, dans un projet managérial aux « hommes - embarqués » avec leurs convictions et leurs conceptions, d'évaluer les retombées probables sur la base du seul raisonnement mathématique alors qu'en réalité les retombées seront peut-être différentes de celles escomptées puisque le management n'a pas de vertu scientifique.

Grâce à ce projet, il m'a été permis de conforter et confronter différentes approches conceptuelles aux convictions personnelles du manager que je souhaite devenir. En effet, le management ou les managements axés sur la gestion humaine des ressources correspond davantage à mes convictions mais je garde à l'esprit que les frontières méthodologiques sont perméables.

Une certitude dans ce monde sanitaire ou médico-social incertain, est la nécessaire adaptation des organisations. Les équipes de soins doivent se fondre dans un décor en mouvement et changer de manière d'être selon les circonstances.

Le travail du manager consiste à présent à travailler autour d'aptitudes et de compétences tel le caméléonisme.

Toujours est-il que ce projet constitue un projet parmi tant de ceux qui restent à venir dans l'institution du CRRF. D'ores et déjà, les managers (dont le manager que je suis) doivent se préparer à traduire et imaginer un monde où le mode de financement du SSR va évoluer.

Même si tout changement ou transformation doit se faire étape par étape, petits pas à petits pas, certaines réformes nécessiteront anticipation et grandes enjambées pour passer le guet car « *Manager, c'est aussi s'adapter* ».

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET THESES

- ALTER, N. (2009). *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Ed. La Découverte
- ASMAR, M. (2011). *La collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Université Pais Dauphine.
- AUTISSIER D, VANDANGEON-DERUMEZ I, VAS A. (2014) *Conduite du changement : concepts clés*. Paris DUNOD
- BAREIL C.(2004). *Gérer le volet humain du changement*. Edition Collection entreprendre
- BLOCH M.A, HENAUT L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Edition Dunod
- BOUTINET JP (1990) *Anthropologie du projet*. Edition Puf
- CAMIRE. F (2005) *L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique*. Mémoire Maître administration des services de santé, option santé et système de soins. Université de Montréal.
- CROZIER M, FRIEDBERG E (1977) *L'acteur et le système* Edition Points
- D'AMOUR D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de Doctorat. Université de Montréal.
- DIEU S (2014). *Le travail quotidien entre cadres de sante : un lien de coopération et/ou de collaboration ?* Master 2 Option Ingénierie de la Formation. Université de Lille 1
HAL Id: dumas-01061220 <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061220>
- GROSJEAN. M. ET LACOSTE, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF, Coll. Le Travail Humain.
- MINTZBERG H. (2002). *Le manager au quotidien*. Les 10 rôles du cadre. Edition d'organisation
- PICHAULT, F. & NIZET, J. (2012). *La coordination du travail dans les organisations*. Paris Dunod.
- R. MUCCHIELLI(2014). *Le travail en équipe*. Esf

ARTICLES –REVUES- PUBLICATIONS

- ABAD M (2014). *Les leviers et les impacts de la performance collective*. Soins Cadres n°92 Nov 2014
- ASMAR M, WACHEUX F. (2007) *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357>
- ARS Bourgogne. (2012-2016). *Projet Régional de Santé*. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PRS/PRS/prs_complet.html
- Cour des comptes -Sécurité sociale 2012 – septembre 2012 <http://www.ccomptes.fr/fr./Publications/Publications/Securite-sociale-2012>
- BAREIL C. (2004) *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*. Service de l'enseignement du management, HEC Montréal. Cahier no 04-10 – Août 2004 http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf
- BONNARDEL S. (2008) *Tous ensemble avec le P3i*. DU Soins Infirmiers en Rééducation Réadaptation. Université de Haute Alsace. <http://www.airr.eu/memoires-dusirr/95-tous-ensemble-avec-le-piii>
- Centre de recherche et de partage des savoirs InterAction.CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent-CAU (2014) *Interdisciplinarité en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie : efficacité et degré d'intégration*. http://www.centreinteractions.ca/fileadmin/csss_bcsl/Menu_du_haut/Publications/Centre_de_recherche_InterActions/Unite_d_evaluation/Rapport_etmi_mars2014_final.pdf.
- CHANAL V. (1998) *Communautés de pratique et management par projet : A propos de l'ouvrage de Wenger (1998) « Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity, »* Vol. 3, No. 1, 2000, 1-30 <http://www.management-aims.com>
- COBBAUT J-P. (2006) *Une expérience de formation à la prise en charge interdisciplinaire et interprofessionnelle des personnes âgées à l'hôpital*. *Gérontologie et société*. n118 <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2006-3-page-101.htm>
- COQUELET.H. VALDELIEVRE. (2011). *Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins*. Dossier solidarité et santé. DRESS. N°23. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-en-2008-patientele-traitee-et-offre-de-soins,10231.html>
- D'AMOUR D, SICOTTE C, LEVY R. *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. *Sciences sociales et santé*. Volume 17,

- n°3, 1999. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468
- DOAT B. (2014). *La performance Collective, un objectif pour les organisations*. Soins Cadres n°92 Nov 2014
 - FOUREZ G. (2001) *Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité*. Recherche en soins infirmiers N° 66 - septembre 2001.
 - HAS (2013) Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de Suite et de réadaptation. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/rapport_outil_daide_a_la_decision_pour_ladmission_des_patients_en_soins_de_suite_et_de_readaptation.pdf
 - HAS (2006) Analyse de processus et de ses points critiques. Fiche 25. <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche25.pdf>
 - HAS. (2012) T. LE LUDEC. Le Travail en équipe. Le Programme Pacte. Journal de l'accréditation des médecins. n°25 sept/oct http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/jam_25_2012_09_12.pdf
 - HAS (2013) Note de cadrage Projet d'expérimentation : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/programme_d_amelioration_continue_du_travail_en_equipe_pacte_note_de_cadrage.pdf
 - IGAS (2010). *Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail* - Présenté par Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD
[.http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/02_17_Rapport_-Bien-etre_et_efficacite_au_travail-.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/02_17_Rapport_-Bien-etre_et_efficacite_au_travail-.pdf)
 - MEDINA, P. & LAHMADI, G. (2012). *La dimension communicationnelle du management hospitalier*. Communication & Organisation n° 41 <http://communicationorganisation.revues.org/3790>
 - PELISSIER J (2013). *Parcours de soin: organisation et aspects médico-économiques*. Place en MPR. FEDMER.
http://www.sofmer.com/download/sofmer/Forum_Fedmer_Parcours_rap13.pdf
 - PIOGER I (Cadre de santé).Le P3I : un outil qui favorise l'interdisciplinarité en CRR: Congrès AIRR L'interdisciplinarité (Lamalou-les-Bains). 2004
 - PIQUET A (2009) *Guide pratique du travail collaboratif : Théories, méthodes et outils au service de la collaboration*. Ville de BREST
http://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf

- Revue Sciences Humaines – Les grands dossiers - *Changer le travail - 20 pistes pour améliorer la qualité de vie au travail* - N° 36 - sept-oct-nov 2014
http://www.scienceshumaines.com/changer-le-travail-20-pistes-pour-ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail_fr_542.htm
- REQUA .Réseau qualité de Franche Comté (2014). *Aide à la mise en place de l'Analyse de processus*. <http://www.requa.fr/files/guide-processus-v-1-1394114926.pdf>
- SCHWACH.V (2005) *Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle*. Gestion hospitalier mars 2005
- SCHWACH.V (2013) *Une prospective des soins de suites et de réadaptation*. Gestion hospitalières. novembre 2013 N°530
- SCHWACH. V(2009) L'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. Soins Cadres N°72 Novembre 2009
- SCHWACH.V (2014) *Les SSR : Hier, aujourd'hui... et demain ?* – Edition Fondation Arc-en-Ciel – mai 2014 <http://www.fondation-arcenciel.fr/?cat=87>
- SEVE C, BOURBOUSSON J, POIZAT G, SAURY J (2009) *Cognition et performances collectives en sport*. *Intellectica*, 2009/2 <http://intellectica.org/SiteArchives/actuels/n52/52-4-Seve.pdf>
- VIGNES T (2014) *Comment développer la performance collective dans une équipe*. Soins Cadres n°92 novembre 2014.
- ZAÏBET GRESELLE O. (2007) *Vers l'intelligence collective des équipes de travail : Une étude de cas*. *Management & Avenir*. n°14. <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2007-4-page-41.htm>

SITES INTERNET :

- ARS Bourgogne : cartographie du PMSI SSR Bourgogne (Données de l'ATIH)
<http://carto-ssr.atih.sante.fr/cp.php?req=26> (consulté en novembre 2014)
- DRESS : *L'état de santé de la population et Le panorama des établissements de santé*.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population,1189.html> (consulté en novembre 2014)
- HAS : *le P3I un outil qualité* : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1108841/fr/de-quelle-maniere-le-p3i-constitue-t-il-un-outil-qualite (consulté en janvier 2015)
- HAS : *Projet Pacte ; le travail en équipe*
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe .site consulté le 15/11/2014
- INSEE : données démographiques de la région Bourgogne :
<http://www.insee.fr/fr/regions/bourgogne/default.asp> (consulté en novembre 2014)

- Projet de Retour à domicile (l'orthopédie en question ?) <http://www.ameli.fr> (consulté en janvier 2015)
- Psychologie du travail « La résistance au changement » : <http://www.psychologuedutravail.com/tag/resistance-au-changement/>
- UGECAM Bourgogne Franche Comté : <http://www.ugecam-bfc.fr/> (consulté en novembre 2014)
- Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs : Concepts d'équipe transférables au projet <http://www.sfap.org/> (consulté le 09/02/2015)

SOURCES LEGISLATIVES

- Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC
- Circulaire n° DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.
- Le plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014

EXTRAIT COURS DE MOS 2014-2015

- Les organisations de Santé « La grande Transformation » Jean Paul Dumond
- Cours de X.Marchand . Module MRH

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : RESSOURCES HUMAINES- ORGANIGRAMME AU 31/12/2014

ANNEXE 2 : Lettre de mission

ANNEXE 3 : Note de cadrage

ANNEXE 4 : Rétro-planning

ANNEXE 5 : Processus étudié

ANNEXE 6 : Tableau Programme Action qualité « Projet Neuro »

ANNEXE 7 : 1^{er} plan architectural

ANNEXE 8 : Versions proposées (tableau de synthèse)

ANNEXE 9 : Les scénarios de 1 à 4

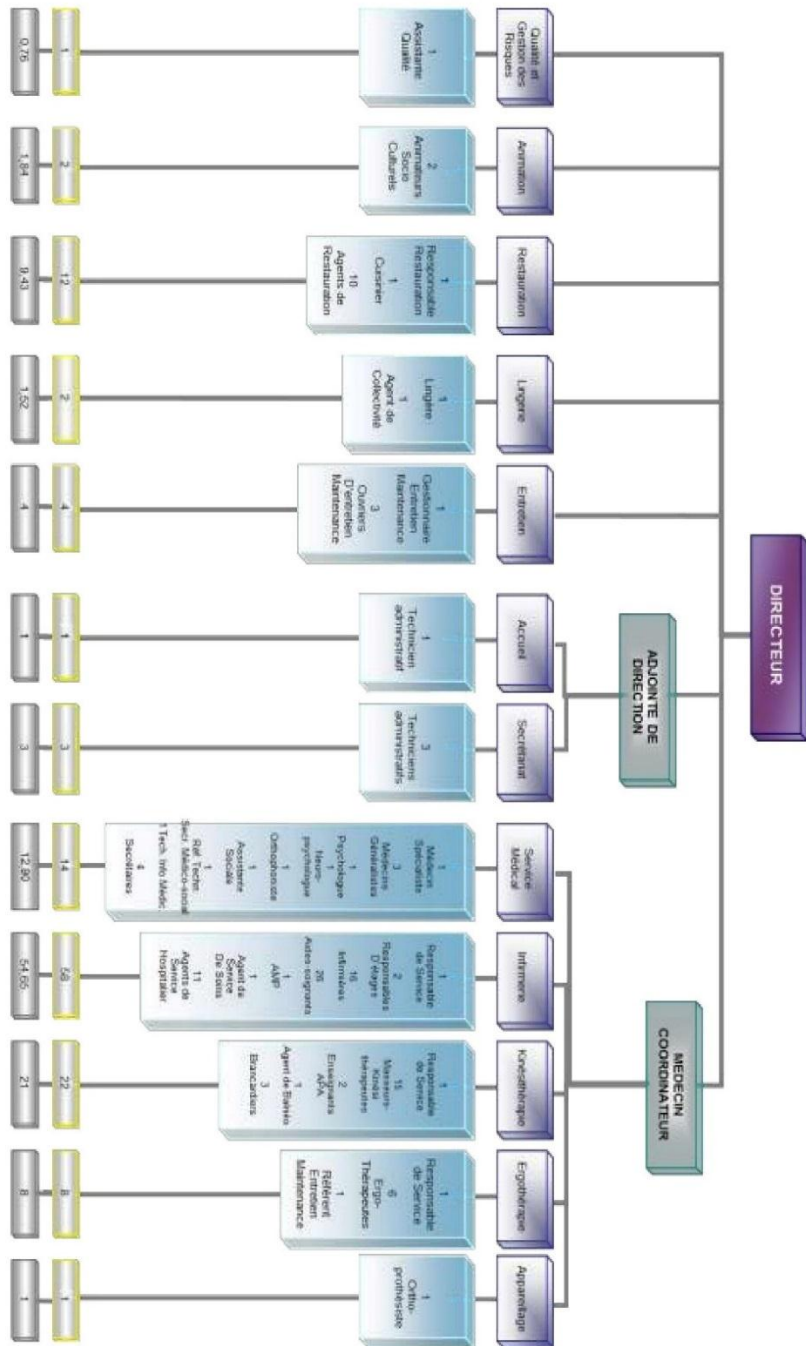
ANNEXE 10 : QQQQCP

ANNEXE 11 : Les 7 phases de C.BAREIL

ANNEXE 12 : SCENARIO n° 5 ET NOUVELLE ARCHITECTURE REPENSEE

ANNEXE 13 : FICHE ACTION n° 10 CPOM

ANNEXE 1 – RESSOURCES HUMAINES- ORGANIGRAMME AU 31/12/2014



ANNEXE 2 : Lettre de mission

 <p style="font-size: small;">GROUPE UGECAM Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p style="font-size: x-small;">UNIVERSITÉ PAUL-CEZANNE VAL DE LAURE</p>
Mise à jour : septembre 2013	Année universitaire 2014-2015	Page 1 sur 2

Commanditaire	Philippe Nebout Directeur d'établissement SSR UGECAM CRRF le Bourbonnais
Nom du responsable du projet	David Prégermain
Missions du responsable de projet	Accompagnement au changement dans la réorganisation des processus de prise en charge interdisciplinaire du patient dans le cadre du développement de l'activité de rééducation neurologique
Moyens alloués	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens humains : groupes de travail pluridisciplinaire - Moyens prévus dans le CPOM dans le cadre du rebasage de l'établissement (personnel, matériel) - Réaménagement architectural du service dans le cadre d'une réhabilitation immobilière (la phase de conception est programmée de novembre à mai avec un début des travaux en septembre 2015) <p>Concernant les deux derniers points, des arbitrages seront nécessaire afin de respecter le plan pluriannuel de financement.</p>
Modalités de reporting	<ul style="list-style-type: none"> - Comptes rendus de réunion faisant clairement apparaître les axes de changement - Communication auprès des instances (IRP, CME) sur les axes de changement mis en évidence - Un point d'étape sous forme d'Assemblée Générale est à programmer - Formalisation d'un projet d'organisation à faire valider par les instances

 <p>GROUPE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE UGECAM Soigner, réduire, réinsérer : la santé sans préjugés</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC UNIVERSITÉ PARIS-SEST-CRESTIN VAL DE MARNE</p>
Mise à jour : septembre 2013	Année universitaire 2014-2015	Page 2 sur 2



Durée	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du projet d'octobre 2014 à juin 2015 - Mise en œuvre de juin 2015 à décembre 2016
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> - CPOM UGECAM BFC – ARS de Bourgogne - Projet régional de santé de Bourgogne 2012/2016
Date : 10/11/14	Date : 10/11/2014
Signature du commanditaire Pour le Directeur Général de l'UGECAM-BFC, Par délégation, Le Directeur de l'Etablissement, Philippe NEBOUT	Signature du responsable de projet

ANNEXE 3 : Note de cadrage

 UGECAM <small>Sageat, Héroulles, Rambouillet - La santé sans préjugés</small>	Note de cadrage « Projet Managérial » MOS@14-15	 UPEC <small>UNIVERSITÉ PAUL ET CAETAN VAL DE MAINE</small> Page 1 sur 3
Mise à jour : octobre 2014		

NOTE de CADRAGE	
<p>Pôle ou service : Service de rééducation neurologique et orthopédique</p> <p>Nom : PREGERMAIN David</p> <p>Fonction : IDE Coordinateur Unité de rééducation 1^{er}</p>	
Intitulé du projet	Accompagnement au changement dans la réorganisation des processus de prise en charge interdisciplinaire du patient dans le cadre du développement de l'activité de rééducation neurologique
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Médecin Coordinateur et Directeur
Chef de projet ou équipe projet – Animation du projet	Chef de Projet : D.PREGERMAIN (lettre de mission à venir)
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernées ou personnes ressources	Pluridisciplinaire : Directeur, Assistante RH, Médecin Co, Médecin référent neuro, Chef de service ergothérapie, Chef de service kiné, Chef de service restauration, 1 ergothérapeute, 1 kinésithérapeute, 1 Ide, 1 ASD, 2 brancardiers, 1 orthophoniste Assistante qualité : Prise de note
Origine du projet / Argumentaire / Liens avec actions / Projets en cours	<p><u>Origine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -1^{er} rebasage des lits sur 1 étage avec une prise en charge des patients et une organisation interdisciplinaire des soins actuellement insatisfaisante. - Préconisations du SROS SSR Bourgogne et CPOM entre ARS et Bourgogne et l'UGECAM : <p>Orientation de l'activité de SSR vers une prise en charge plus importante en neurologie et de patients plus lourds (diminution de la capacité de 100 à 90 lits s'accompagnant d'un développement de l'unité neurologique qui passera de 30 à 40 lits). Soit un passage de 50 lits de neuro-orthopédie (30 neuros et 20 orthos) à 40 lits neuros de par le biais de travaux de transformations architecturales (chambre seule, etc...).</p> <p><u>Axes de travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - processus de prise en charge interdisciplinaire (de l'accueil à la sortie) (changements dans les pratiques, la communication, spécialisation des soignants entre neuro et ortho...);Travail important dans la conduite du changement. - proposition scénarios géographiques - réflexions communes architecturales et choix stratégiques (accueil plus spécifique) - évaluation des effectifs dans les différents secteurs - évaluation des besoins en matériel - évaluation des besoins de formations - évaluations des couts

ANNEXE 3

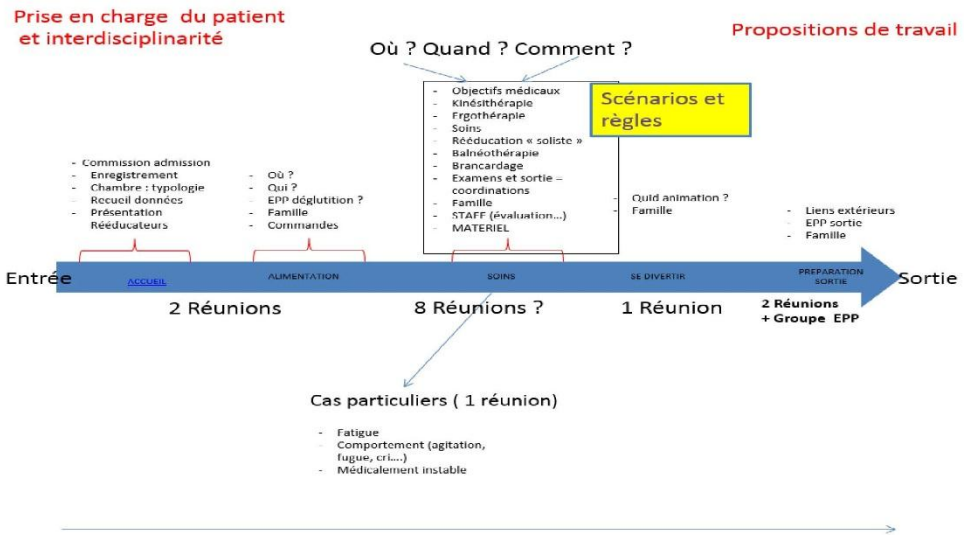
	Note de cadrage « Projet Managérial »	
Mise à jour : octobre 2014	MOS@14-15	Page 2 sur 3

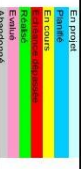
	<p><u>Les projets en cours à intégrer dans le projet :</u> <u>Projets parallèles en cours en lien avec le CPOM :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Structuration du fonctionnement de l'hôpital de jour pour être conforme à la réglementation, 2/ Projet de rénovation des bâtiments et des chambres, 3/ Articulation avec les acteurs du médico-social et les autres acteurs du territoire soit par la création de structures soit via des partenariats (collectivités locales, association d'usagers...). <p><u>Projets parallèles internes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Différentes EPP (Sortie du patient, attribution Fauteuil Roulant, Déglutition) - Groupe de travail animation du patient neurologique. - Projet amélioration des conditions de travail menée par l'ARACT
Périmètre du projet et population concernée	Service de soins / service médical / plateaux rééducatifs / restauration
Objectif primaire	Améliorer la prise en charge du patient dans son parcours au CRRF.
Objectif secondaire	Recréer une dynamique d'interdisciplinarité (insatisfaisante depuis la phase de rebasage des lits de neurologie sur un étage)
Contraintes	Crainte du changement (nouvelle approche de l'organisation des soins) Contraintes architecturales et liées aux normes Temps des travaux DPI ? Paramétrage Contrainte de la sortie des cas complexes une fois la montée en charge des lits de neurologie.
Ressources documentaires	-CPOM -Projet régional de santé de Bourgogne 2012/2016 -Céline Bareil. Gérer le volet humain du changement. Ed° transcontinentale 01/06/2012 -D. Autissier/I.Vendangeon /A.Vas .Conduite du changement Ed° DUNOD . Février 2014 -Jean Pierre Boutinet. L'anthropologie du projet. Ed° Puf. 09/04/2012 -Philippe Raimond. De la réflexion stratégique à l'action. Ed° Maxima 15/11/2006 -Michel Crozier, Erhard Friedberg. L'acteur et le système. Ed° Points 1977 -Phillippe Bernoux. Sociologie du changement. Ed° Points 11/02/2010 -Marie-Claude Moncet. Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant. Ed° Lamarre 21/03/2013 -Victor Schwach. Une prospective des soins de suite et de réadaptation. <i>Gestion hospitalière</i> n°530 novembre 2013 - Victor Schwach. Principes et méthodes de l'interdisciplinarité réadaptation fonctionnelle.

ANNEXE 3

Modalités de travail Méthodologie utilisée	1/Groupe de travail sur le parcours patient des soins. Parcours/processus par thématique, à savoir de l'entrée à la sortie du patient (concertation, QQOCP, intégration des groupes EPP, analyse de pratique actuelle). Parallèlement : communication et instance 2/ Réunions de chef de services sur évaluation des effectifs, du matériel et des besoins de formation. Puis synthèse avec responsable projet.
Echéance/Calendrier	1 à 2 réunions par mois
Résultats attendus	Optimisation de la prise en charge pluri et interdisciplinaire du patient
Modalités d'évaluation /suivi (indicateurs)	Satisfaction des patients Activité en neurologie DMS Nombre de patient en attente et nombre de patients refusés Nombre de placement sur le territoire IPAQSS FSEI / Pec du patient PMSI

ANNEXE 5 : Processus étudié



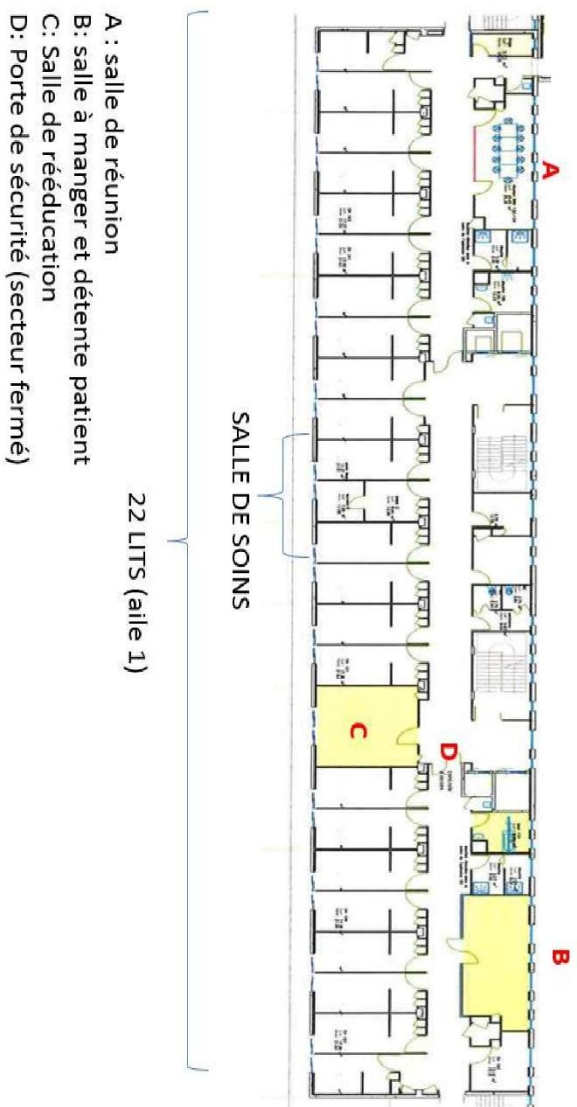


Cotation de la priorisation
 A = prioritaire
 B = moy prioritaire
 C = non prioritaire

GOVERNANCE PAR LA QUALITÉ (objectifs stratégiques)	FINALITÉ ATTENDUE	DEPLOIEMENT DANS L'ÉTABLISSEMENT (objectifs opérationnels)	DATE	RESPONSABLE DE L'ACTION	ÉCHÉANCE PRÉVUE	ÉTAT D'AVANCEMENT	COMMENTAIRES	DATE DE RÉÉVALUATION	DATE D'ÉVALUATION	ÉVALUATION QUALITATIVE ET/OU QUANTITATIVE
Projet d'établissement	Mettre en place la Sédovision neurologique	Rebataillage des lits de neurons au 1er étage		Direction de l'établissement		Revue				
		Reorganisation des processus de prise en charge interdisciplinaire du patient dans le service de rééducation neurologique		Coordonnateur du projet et groupe	juin-15	En cours	Phase 1 - Mai 2012 Phase 2 - septembre 2014			
COPM entre IARS et UGECAM	Orientation du patient	Optimiser le service orthopédique tout patient avec dans rétablissement pour une affectation de l'appareil locomoteur		Commission d'admission	sept-15					
		Informations des équipes		Commission d'admission	sept-15					
		Fidélité accrue administrative du patient		Service admission	sept-15					
		Favoriser une à deux entrées de patients		Service admission	janv-16					
		Psychologie les chambres les plus grandes pour les patients médullaires		Service admission	janv-16					
		Amorcer la mention "troubles de la parole" lors de l'admission dans toutes les unités		Service admission	sept-15					
		Optimiser le processus de soins (supprimer les bulles temporelles)		Médecine Exp. Kiné	oct-15					
		Obtenir les informations cliniques sur la déglutition auprès de l'établissement adhésif		Infirmière générale	sept-15					
		Garantir la sécurité du patient		IC et service restauration	sept-15					
		Intégrer les familles lors des repas dans le cadre du projet de soins		Infirmière / groupe EPP	DOP					
Prise en charge du patient en neurologie	Faciliter le processus des soins (supprimer les bulles temporelles)	Optimiser les prises en charge		service hospitalière	à 40 lits	En projet	actif chariot expérimentaire + absorption des lits			
		Repartir l'habillage de la salle de rééducation, revoir positionnement de la salle		COPIL neuro	oct-2014 et avril 2015	Revue				Indicateur 3 : OMS
Développer interdisciplinairement	Améliorer les conditions de travail et la communication entre services	Proposition de schéma dans un contexte géographique donné attribuer les chambres par micro équipes au sein de l'unité en contact			mars-15	Revue				Indicateur 1 : Liste d'attente condition inter-services
		Élaborer et formaliser modalités de situation de travail communes		COPIL neuro et équipe pluridisciplinaire	avr-15	Revue				Indicateur 1 : nb de personnes sorties - Indicateur 2 : N° de P34
		Formaliser règles de fonctionnement équipe			à partir d'oct-2015	En projet				
Architectural	Garantir un séjour de qualité	Former deux chambres bisontaises. Créer une salle de rééducation à l'usage		Architecte	à réception	En projet	Zone dans le travail			

Architecture future

ANNEXE 7 : 1^{er} plan architectural



Architecture future



18/19 LITS (aile 2)

ANNEXE 8

VERSIONS D'ORGANISATION UNITE DE NEUROLOGIE

Domaine	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
	Une unité de 40 lits sans changement organisationnel	2 unités de 20 lits	Une unité de 40 lits par secteurs d'hébergement
Professionnels	<p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fonctionnement routinier - préservation du cloisonnement voulu par certains acteurs (unité/PT) <p><u>Inconvénients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - cloisonnement des pratiques - collaboration moindre - travaux hétérogènes par secteurs lourds à légers. - difficultés de communication (échange et staff) 	<p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - taille des équipes - communication plus facile - charge de travail hétérogène par unité <p><u>Inconvénients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - risque de cloisonner davantage en créant 3 unités hermétiques - problématique de remplacement entre acteurs de rééducation - Multiplication des staffs médicaux 	<p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - coopération/collaboration dans les secteurs - communication interprofessionnelle favorisée - lissage de la charge de travail - interchangeabilité, mutualisation - selon version facilité de placement des patients - possibilité de spécialiser un secteur selon la version - selon version homogénéité des secteurs ou hétérogénéité. - selon version polyvalence des formations ou spécialisation - organisation systémique <p><u>Inconvénients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fatigabilité selon modèle - risque de multiplication des staffs et/ou de chevauchement

ANNEXE 8

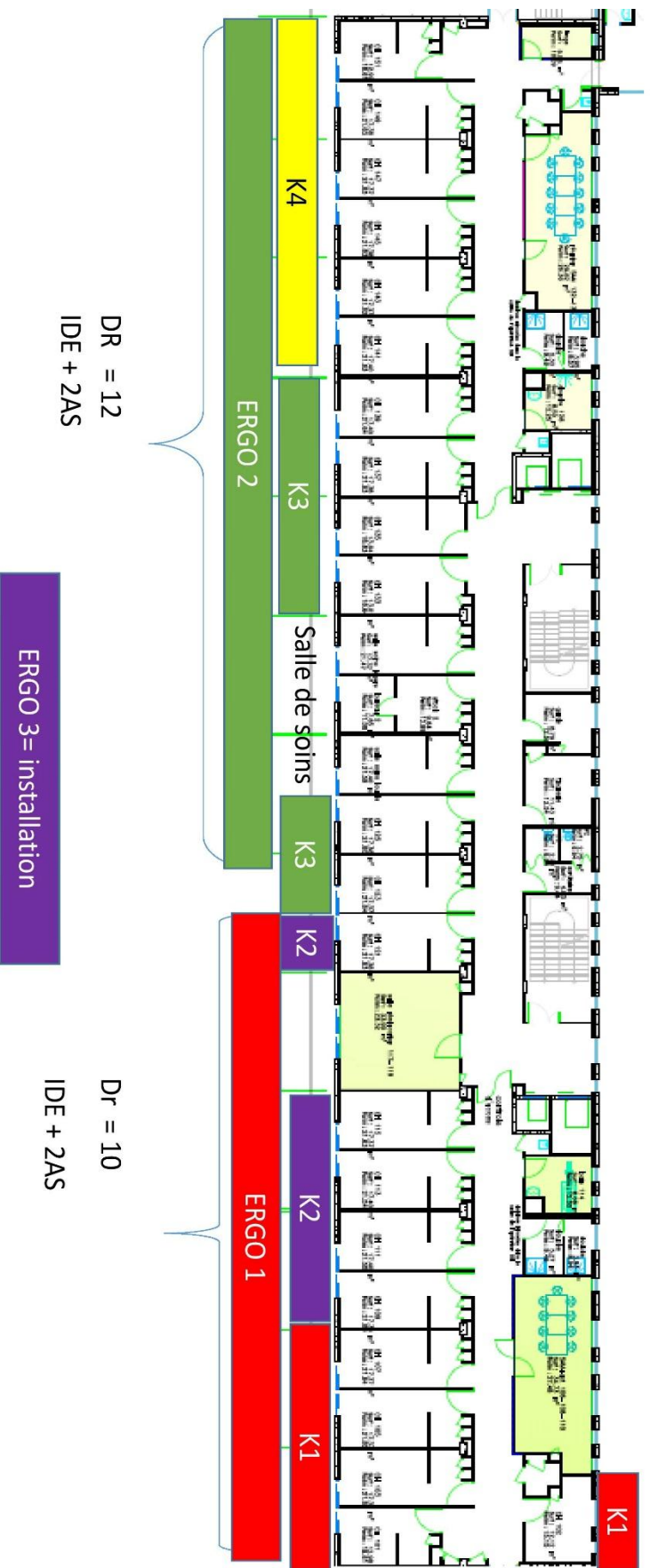
	- pics d'activités soignantes		
Patients	<p><u>Avantage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rééducation centrée sur le PT <p><u>Inconvénients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - durée attente admission - pressés par les soignants - pas de réadaptation en chambre. 	<p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - petites unités plus conviviales - facilité de repérer les interlocuteurs <p><u>Inconvénient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> peu de bénéfice des aménagements d'étage 	<p><u>Avantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Intervenants privilégiés -Informations concernant sa prise en charge plus fluide -Respect du rythme patient -Rééducation à l'étage selon besoin -Continuité des soins <p><u>Inconvénients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - placement non adapté à la pathologie - selon version rééducateurs non attirés mais plus disponibles
Economique	<p><u>Avantage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - visualisation simple 	<p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration des performances par petites équipes : DMS - Forfait Chambre seule 	<p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - conditions de travail améliorées - efficacité collective - DMS améliorée - forfait chambre seule - besoin en effectifs diurnes soutenable - politique de remplacement plus flexible selon version

	<p><u>Inconvénients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -DMS importante -Absentéisme = ARACT 	<p><u>Inconvénients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Multiplication des salles de soins (stockage), matériels hôteliers -Politique de remplacement effectifs plus importante -Besoin en effectif soignant insoutenable financièrement. -Coût des travaux 	<p><u>Inconvénients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Effectifs nocturnes problématiques -Coût de formation collective
--	---	---	--

ANNEXE 9
LES 4 SCENARIOS
PROPOSES

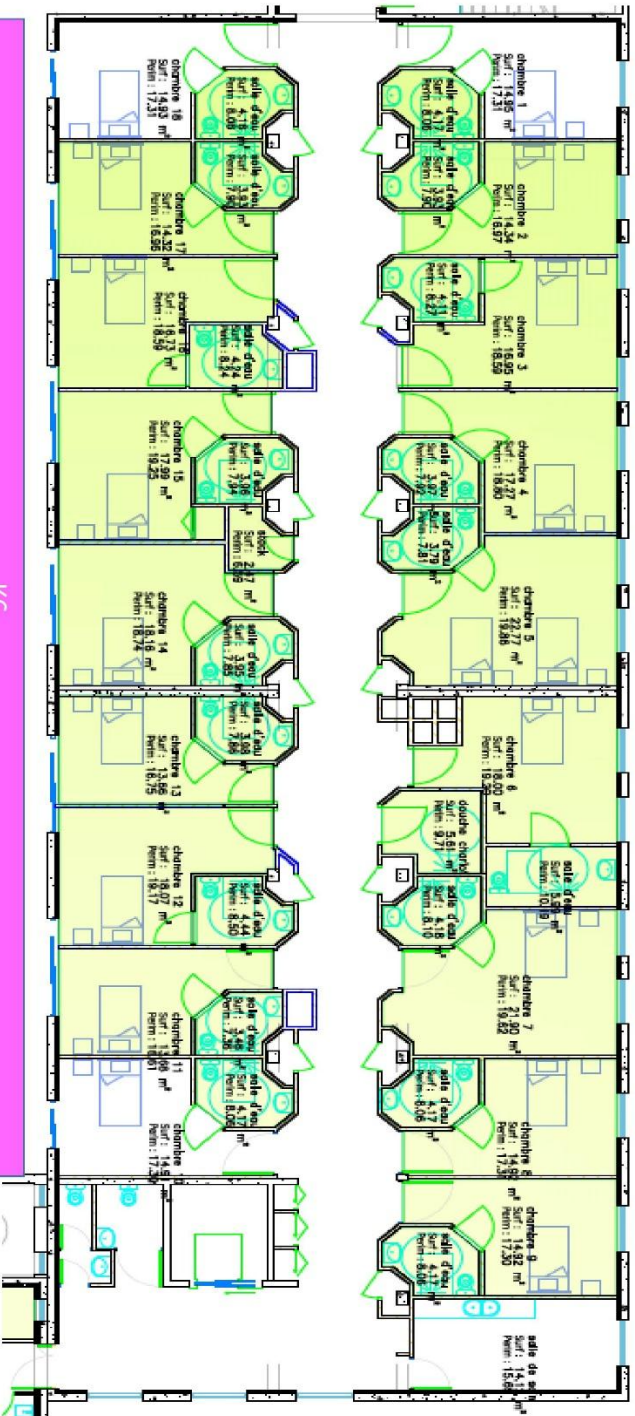
9 et 13 chambres

Version 1 :



Version 1 :

Dr = 9 lits
K5



18 lits

IDE + 2AS

+ 2AS

ERG05

DR = 9 lits

Version 1

- Des patients les plus lourds aux plus légers (notion de spécialités par secteur)

Avantages :

- Spécialisations par secteur
- Interchangeabilité facile et mutualisation selon le professionnel
- Formations spécifiques par secteur
- Pas de chevauchement rééducateurs/médecins
- Communication interne au secteur aisée
- Ergo dédié pour les installations ou autre mission
- IDE charge de travail homogène et AS secteur + léger (aile 2) en renfort sur aile 1
- Un ergo dit de pool pour renfort

- Inconvénients :

- Fatigabilité cognitive des rééducateurs/soignants sur les secteurs lourds,
- Difficultés dans le placement des patients si spécialisation par secteur (liste d'attente)
- Quid des patients en progression dans un secteur lourd ?

9 et 13 chambres

Version 2

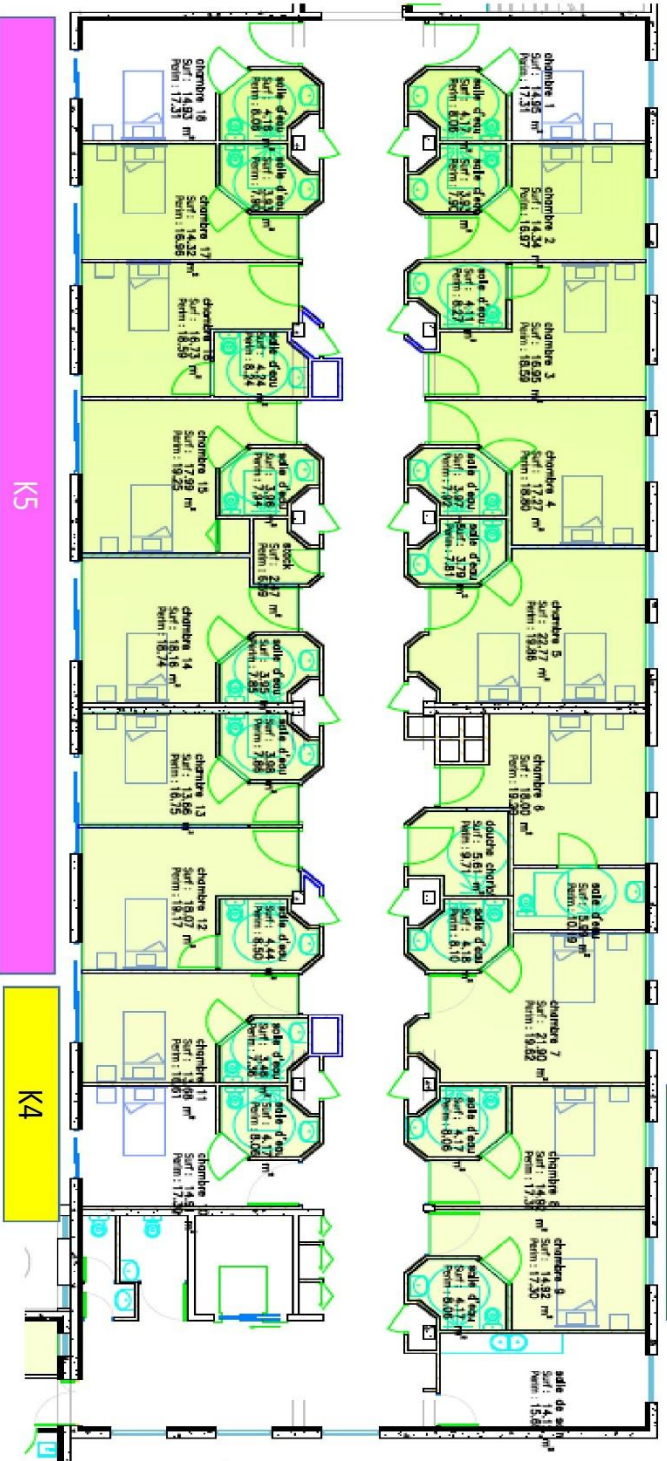


Dr = 9 lits

ERGO 4

K6

K4



18 lits

IDE + 2AS

+ 2AS

K5

K4

ERGO 3

DR = 9 lits



Version 2

- Patients +- homogènes (tendance lourde aile 1) et répartition peu équilibrée par acteur de soins

- Avantages :

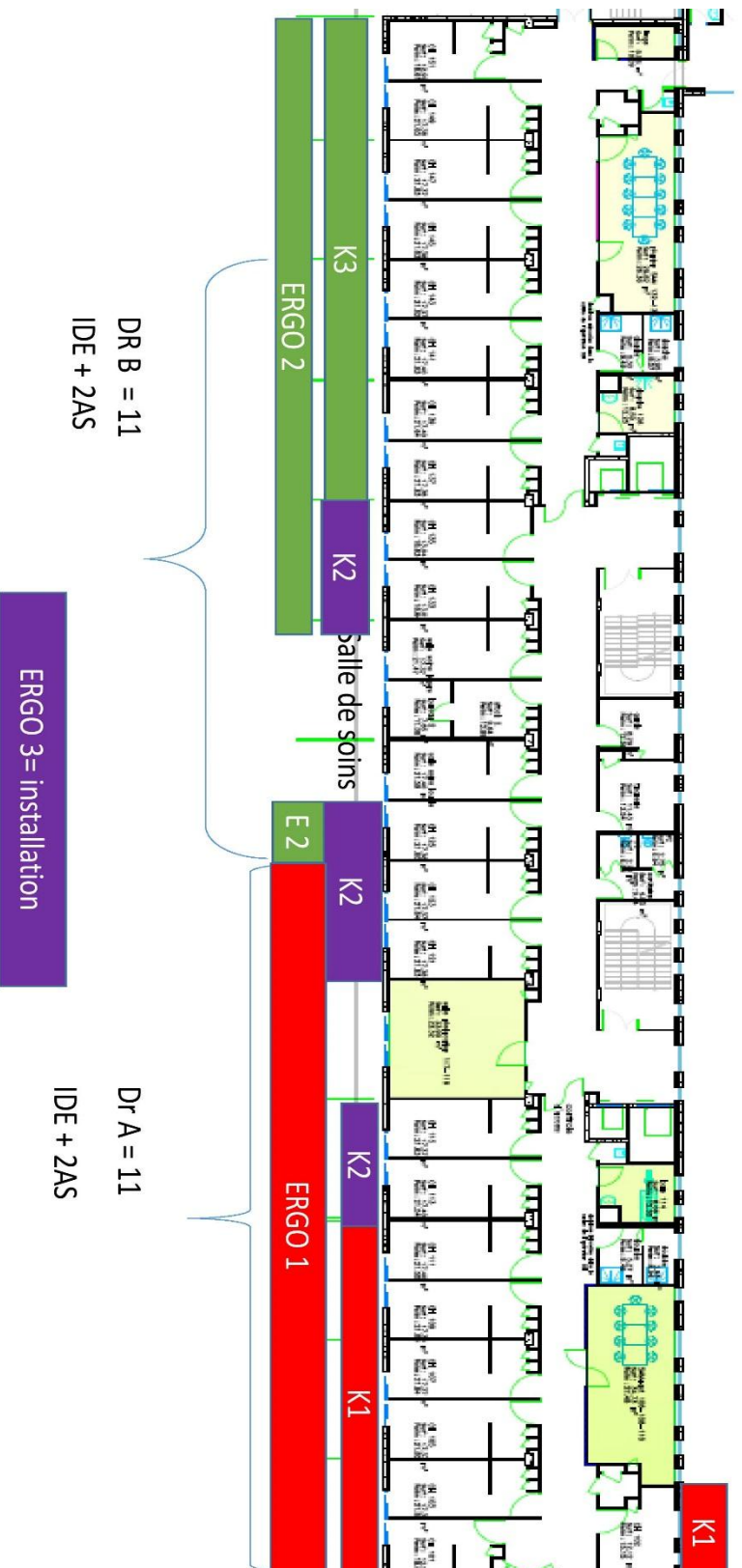
- interchangeabilité facile, mutualisation
- Connaissances et demandes de formations plus générales
- Placement des patients par secteur plus simple
- IDE charge de travail homogène et AS secteur + léger (aile 2) en renfort sur aile 1

- Inconvénients :

- Spécialisation plus difficile
- Chevauchement rééducateurs/médecins au moins pour le kiné 4
- Communication interne au secteur plus difficile pour le kiné 4

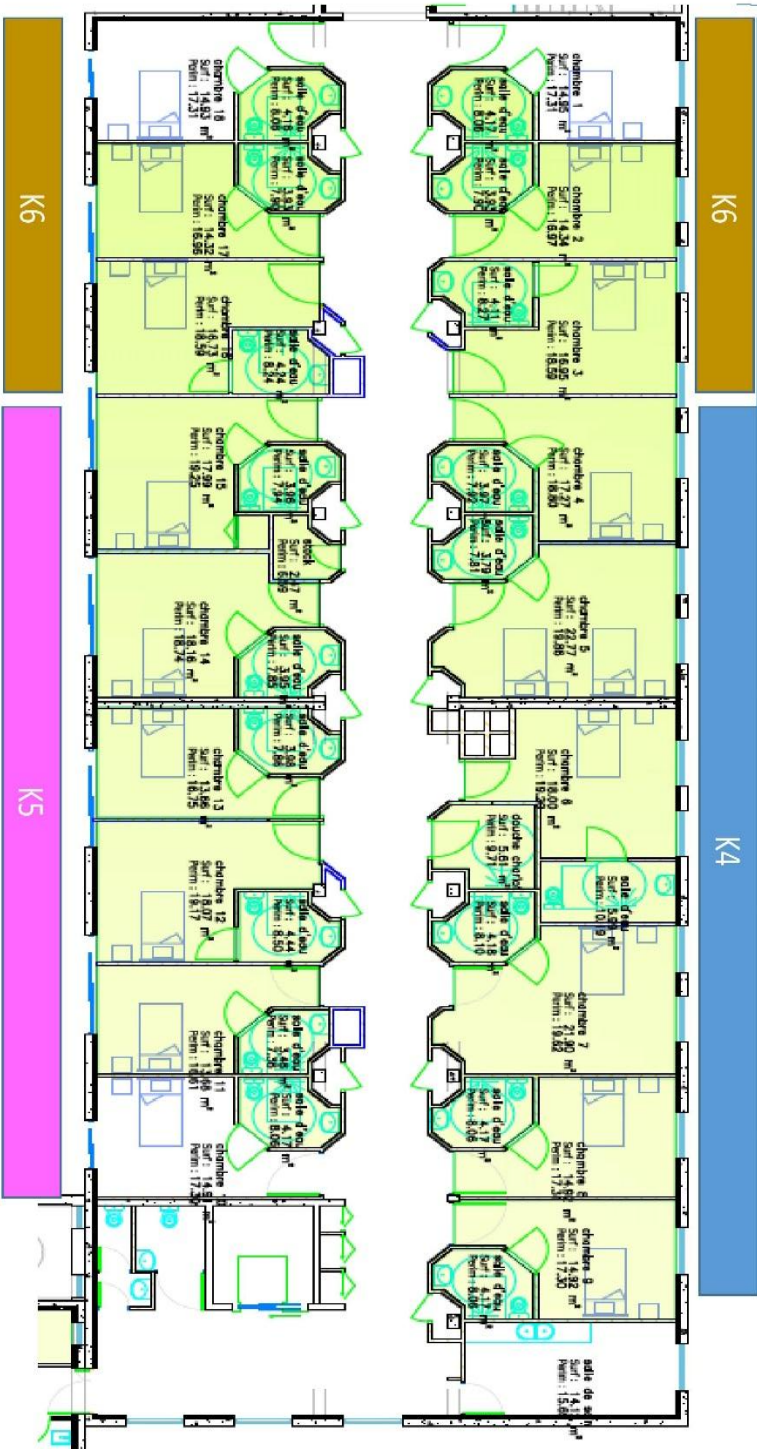
9 et 13 chambres

Version 3



Dr = 9 lits

Version 3



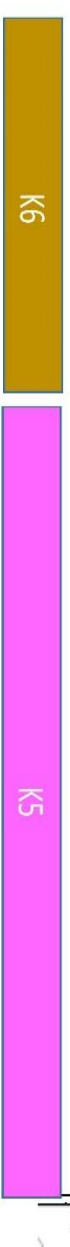
18 lits

IDE + 2AS

+ 2AS

DR = 9 lits

ERG0 5



Version 3

- patients +- homogènes et répartition équilibrée par acteur de soins et secteur (aile 2 moins lourds)

- **Avantages :**

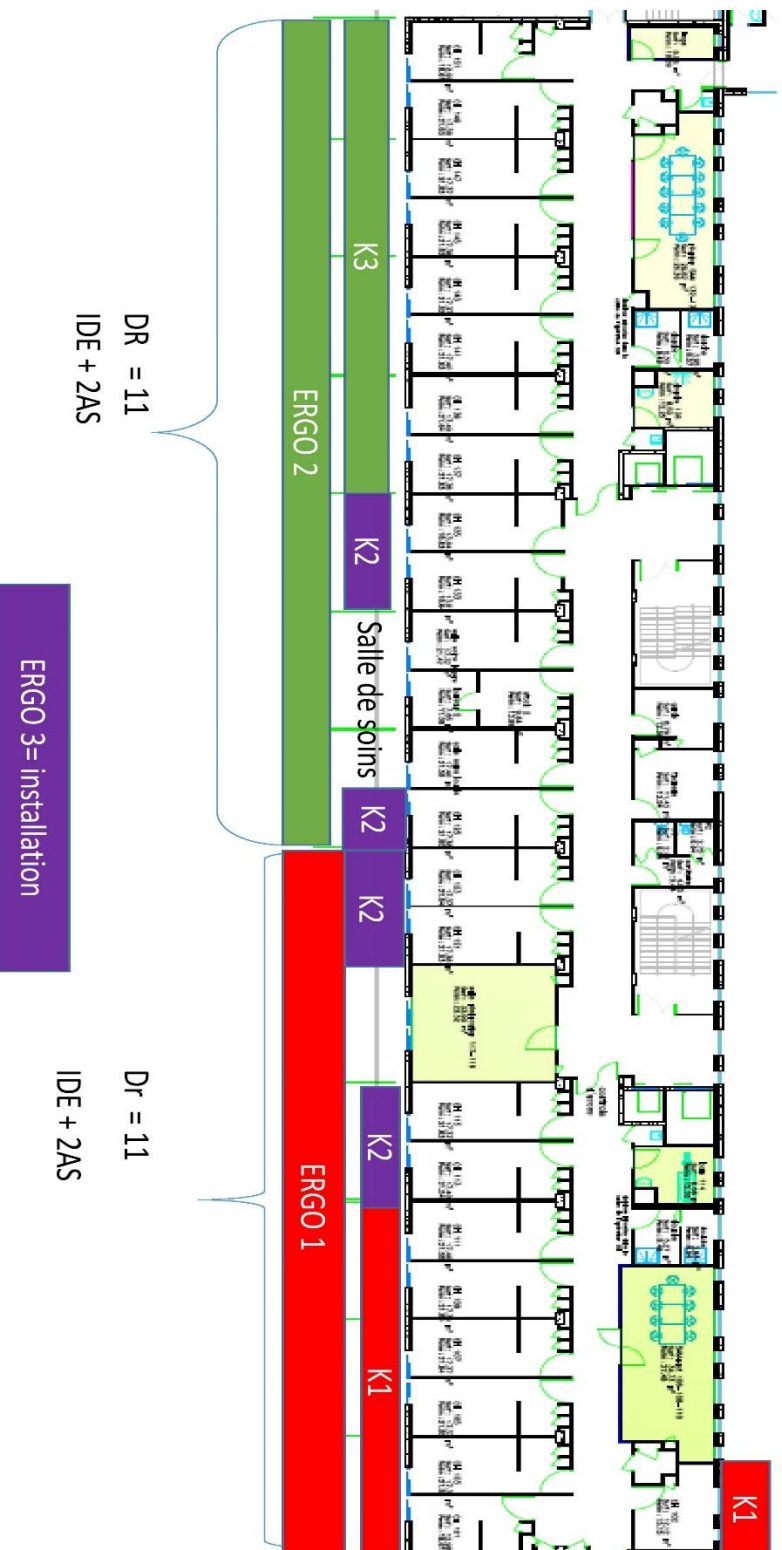
- interchangeable facile, mutualisation
- Spécialisation plus difficile
- Connaissances et demandes de formations plus générales
- Placements des patients si spécialisation par secteur plus simple
- Ergo dédié pour les installations
- Ide aile 2 patients plus nombreux mais moins lourds

- **Inconvénients :**

- chevauchement rééducateurs/médecins pour 2
- Communication interne au secteur plus difficile

9 et 13 chambres

Version 4

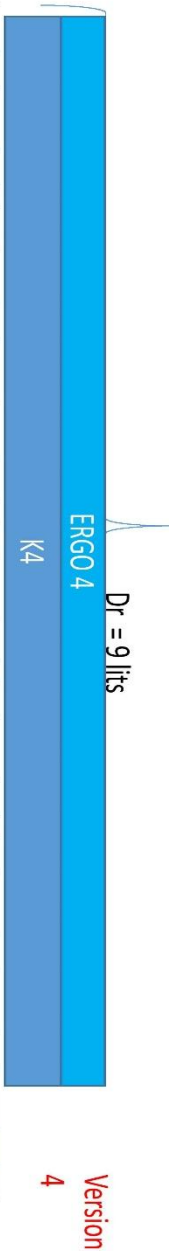


DR = 11
IDE + 2AS

DR = 11
IDE + 2AS

ERGO 3 = installation

ERGO 3 = installation



Version
4



18 lits
IDE + 2AS
+ 2AS

DR = 9 lits

- patients homogènes

tendance lourde aile 1 selon besoin et aile 2 plus légère

- **Avantages :**

- Interchangeabilité facile, mutualisation
- Placement des patients par secteur plus simple
- Spécialisation par secteur si besoin
- Formations généralistes
- Peu de chevauchement rééducateurs/médecins
- Communication interne aisée
- Un Ergo dédié pour les installations ou autres
- Un kiné de soutien selon accroissement charge de travail et remplacement

- **Inconvénients :**

- Difficultés possible dans le placement des patients si spécialisation par secteur (liste d'attente)
- chevauchement rééducateurs/médecins pour 1

	Questions (aide) – Liste non exhaustive, idées bienvenues	
Quoi	<p>Pour vous, que représente prendre en charge un patient en rééducation ?</p> <p>Quel est notre objectif ?</p> <p>Nos conceptions du soin ?</p> <p>Quel est le problème ? Nos préoccupations ?</p> <p>Qu'observe-t-on aujourd'hui ?</p> <p>L'organisation, les relations soignant/soigné, soignant/soignant ?</p>	
Qui	<p>Qui sont nos patients ?</p> <p>Avec qui travaillons-nous ?</p> <p>Nos points communs ? Nos valeurs, nos compétences communes, nos actes communs ? Nos forces ? Nos différences ?</p> <p>Qu'attendons-nous de l'autre ?</p>	
Où	<p>Où commence la rééducation pour les patients ?</p> <p>Quel est notre lieu d'exercice ?</p> <p>Est-il commun, peut-il être commun ?</p> <p>Faut-il repenser les espaces ?</p>	
Quand	<p>A quel moment la rééducation débute elle ? Y a-t-il une fin ?</p> <p>A quel moment la réadaptation débute elle ? Y a-t-il une fin ?</p> <p>Quand l'information doit elle être transmise ?</p>	
Comment	<p>Comment est-on organisé ? A-t-on une organisation ? Est-elle écrite ?</p> <p>Comment un nouvel agent peut-il cerner l'organisation ?</p> <p>Comment les relais (de patients, informations) se font-ils ?</p> <p>Comment sommes-nous formés ? A-t-on des formations communes ? En faut-il ? Lesquelles ?</p> <p>Comment travaillons-nous, avons-nous un espace de décision commun (staff, réunion, salle, service ?)</p> <p>Avons-nous un contexte partagé ?</p> <p>Quel matériel avons-nous ?</p> <p>Sommes-nous efficaces ?</p> <p>Comment peut-on travailler ensemble ?</p>	
Pourquoi	Pourquoi est-il nécessaire de changer ?	

ANNEXE 11

Les phases de préoccupations selon C. BAREIL

PHASES DE PRÉOCCUPATIONS	EXPRESSIONS COURANTES ET THÉMATIQUES	PRIORITÉS DE GESTION	ACTIONS ADAPTATIVES POUR L'EMPLOYÉ
1. Aucune préoccupation	« Je doute que ce changement me concerne » · Continuité des projets habituels et des habitudes de travail · Peu d'importance accordée au changement	Communiquer de façon précise et donner de l'importance au changement	· Poser des questions · Rechercher des faits et des données vérifiables · Confronter sa position à celle des autres · Reconnaître ses réactions
2. Préoccupations centrées sur le destinataire	« Que va-t-il m'arriver ? » Inquiétudes égocentriques quant aux impacts sur soi et sur son travail : perte d'emploi, insécurité, pertes du patron et de collègues, perte de pouvoir, d'autonomie, de compétences, incidences sur les outils de travail et sur l'organisation du travail, etc.	Écouter et soutenir	· Exprimer ses inquiétudes aux bonnes personnes · Chercher des réponses · Accepter que l'information ne soit pas disponible · Apprendre à gérer sa petite voix intérieure
3. Préoccupations centrées sur l'organisation	« Est-ce que le changement est là pour durer ? » · Inquiétudes quant aux conséquences organisationnelles du changement à moyen et à long terme · Questionnements sur la légitimité du changement, sur la capacité organisationnelle à mener le changement à terme et sur l'engagement de la direction	Démontrer le sérieux et les raisons du changement et illustrer les moyens engagés par l'organisation pour la réussite du changement	· Comprendre les raisons qui motivent le changement · Se positionner par rapport au changement : rester passif ou s'investir ?
4. Préoccupations centrées sur le changement	« Qu'est-ce au juste que ce changement ? » « Comment fait-on ? » Inquiétudes quant au scénario de changement, à la qualité de la mise en œuvre du changement, aux ressources allouées	Communiquer le plan d'action, les ressources et faire participer	· Répondre aux questions : qui, quand, comment, avec qui · Échanger avec d'autres personnes ayant vécu le même type de changement
5. Préoccupations centrées sur l'expérimentation	« Est-ce que je vais être capable de... ? » Inquiétudes quant à sa capacité à faire face au changement, au soutien disponible et à la compréhension de son supérieur	Faciliter le transfert des nouveaux acquis : formation, accompagnement, temps d'adaptation	· Réduire ses zones d'inconfort avec la technique des petits pas · Clarifier les attentes du gestionnaire · Exprimer ses besoins de soutien sur les plans technique et professionnel
6. Préoccupations centrées sur la collaboration avec autrui	« Qui pourrait-on réunir pour qu'on collabore à trouver des solutions et auprès de qui transférer notre récent savoir ? » Inquiétudes quant aux occasions d'échanges et de collaborations avec d'autres équipes, services, unités, etc.	Faciliter les échanges entre destinataires et devenir une organisation apprenante en changement	· S'impliquer dans un comité · Partager son savoir et son savoir-faire · Mettre à profit ses expériences de changement
7. Préoccupations centrées sur l'amélioration continue du changement	« Comment pourrait-on faire mieux ce qu'on fait bien avec le changement ? » Inquiétudes quant aux améliorations à apporter pour que le changement fonctionne encore mieux	Laisser émerger des pistes d'amélioration du changement	· Oser agir autrement, innover · Envisager des façons originales de faire les choses

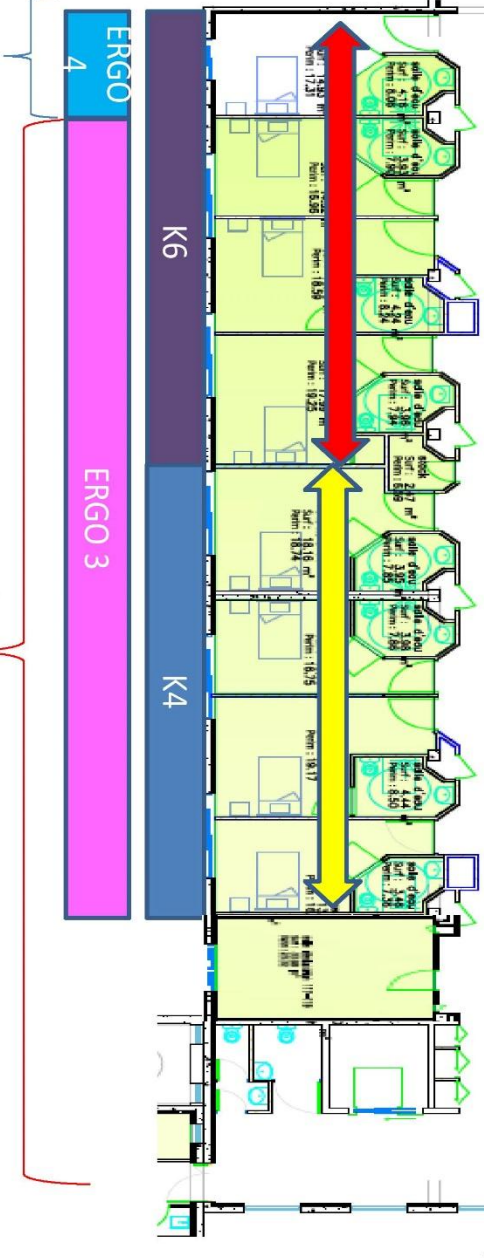
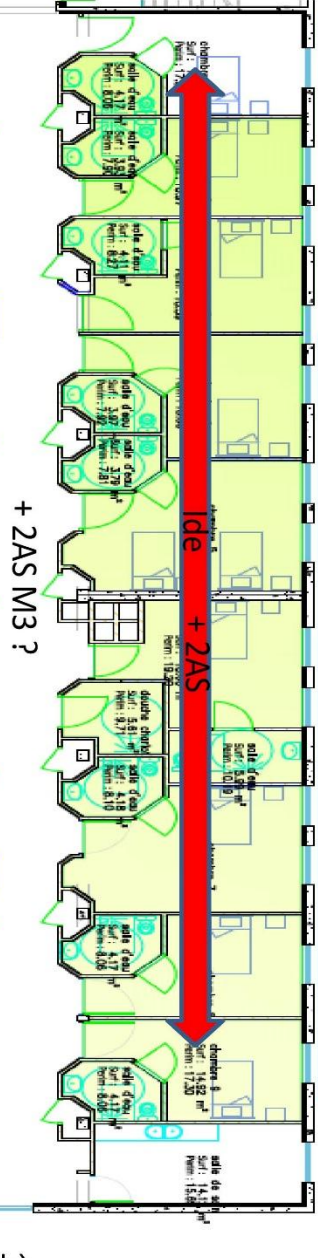
ANNEXE 12

Scénario 5

Architecture repensée

Scenario n° 5 :





**AXE 4 : ADAPTATION DE L'OFFRE AUX BESOINS :
DEVELOPPEMENT DE LA FILIERE NEUROLOGIQUE**

Structuration de l'activité de SSR du CRRF de Bourbon Lancy

1

Objectif : structurer l'activité de l'hôpital de jour du CRRF et orienter l'activité de l'hospitalisation complète vers la prise en charge des patients neurologiques lourds (cf annexe 2)

2

Actions/Echéancier :

- Structurer l'hôpital de jour
 - Rédaction de la charte de fonctionnement et du projet de service
 - Recrutement du personnel

Echéance : 2014

- Développer et organiser la prise en charge en hospitalisation complète des patients neurologiques lourds
 - Programmation des travaux de reconfiguration : 2014
 - Réalisation des travaux : 2015
 - Mise en service activité : Juin 2015

Résultats attendus :

Répondre aux préconisations du SROS Bourgogne pour les volets SSR et neurologie :

- l'amélioration et le renforcement de la prise en charge des patients les plus lourds (traumatisés crâniens, médullaires, trachéotomisés)
- l'amélioration de la prise en charge des AVC et des pathologies neurologiques chroniques au sein de chaque territoire

Indicateurs de résultat :

- Augmentation de l'activité en neurologie
- Evolution de la lourdeur des patients sur la base du nouvel indicateur GME

Financement : rebasage de la DAF à hauteur de 1 095 000 euros par les crédits de la DAF du Petit Pien



**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@14-15**

LA COLLABORATION AU SERVICE DE L'ORGANISATION SOIGNANTE

David PREGERMAIN

MOTS-CLES COOPERATION/ COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE / ORGANISATION	KEYWORDS COOPERATION/ COLLABORATION INTERPROFESSIONAL / ORGANIZATION
---	---

RESUME

Face à des pratiques de soins trop cloisonnées dans un centre de rééducation, il semble peu probable de répondre de manière efficiente à un accroissement d'activité de rééducation neurologique recommandée par nos tutelles afin de répondre aux besoins territoriaux, sans revoir l'organisation des processus du travail entre acteurs, sans réinterroger la collaboration interprofessionnelle et engager une réflexion stratégique sur l'architecture. Il est proposé dans ce projet un modèle d'organisation collaboratif/coopératif construit collectivement.

ABSTRACT

In order to meet the healthcare needs of the territory of Saône et Loire in terms of rehabilitation program for patients suffering from neurological diseases, the re-education and rehabilitation center engaged in developing and managing activity towards better care in neurology for patients with a severe pathology, within the frame of a Multiannual Objectives and Means contract with the Regional health authority.

However, considering that practices are currently too compartmentalized, it seems unlikely to respond efficiently to this request, without reviewing the work organization and without a reorganization of the management process and strategic thinking on architecture.

The main objective is to offer an organizational model conducive to collaboration.

After the selection of a team to evolve into a single care unit (two separate units remained economically unsustainable), it was necessary to design different organizational scenarios.

The goal is to consider a division of the nursing unit into different territories which could integrate small multidisciplinary teams within their operation. Creating the most flexible models was a real challenge. The second objective is also to strengthen cooperation and cohesion of the multidisciplinary team by providing the teams with a common goal and a reconciliation of the various professionals over some joint treatments. A common goal with a formalization of team operating rules will be developed to create fluidity in the patient's care way.

Change will need to be supported and skills will need to be assessed as well as potential training for health professional so that they can evolve in their work favoring quality and working conditions in order to decrease staff turnover. Indeed, in this part of the reorganization, the nurse manager has a very important role in facilitating planned changes and quickly take considerations concerns of recipients to assess the modifications.

After some négociations, and sometimes denial, several professionals set up a new strategic thinking on architecture.

Of course, an effective and efficient care of the patient is expected after the implementation of the project which will be measured through various performances indicators like the average length of stay in hospital for exemple.