



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **décembre 2009**

---

**CREER UN SERVICE DE SOIN  
DE SUITE ET DE READAPTATION  
EN HOPITAL LOCAL DANS LE CADRE  
D'UNE COOPERATION :  
DYNAMIQUE ET ENJEUX**

**ILLUSTRATION A L'HOPITAL LOCAL  
JEAN BAPTISTE CARON  
DE CREVECOEUR LE GRAND**

---

**Christine LOUCHET**

---

# Remerciements

---

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA CREATION D'UN SERVICE DE SSR EN HL DANS LE CADRE D'UNE COOPERATION (à rajouter).....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 L'HL : Ses missions, son évolution .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Spécificités.....	5
1.1.2 L'hôpital local à un tournant de son histoire.....	8
<b>1.2 La coopération, un outil au service de la stratégie de l'HL .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Projet en coopération avec le CHB.....	12
1.2.2 Un contexte législatif et réglementaire propice.....	16
<b>2 LE COMITE DE PILOTAGE DU PROJET DE L'UNITE SSR : PREMIERE ETAPE OU PREMIERE PIERRE DANS LA CONSTRUCTION DE CETTE COOPERATION .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Management et mode de management dans la conduite du projet .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Rôle du directeur manager dans la transformation de son établissement.....	23
2.1.2 Création et mise en place du comité de pilotage.....	27
<b>2.2 Des outils construits ensemble : le projet médical et de soin et la charte de fonctionnement du futur SSR.....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Symbolique et force de ses outils .....	30
2.2.2 Arbitrage et légitimité du CP dans le choix de la prise en charge des spécialités de SSR à l'HL .....	35
<b>3 UNE COOPERATION BIEN ENGAGEE QUI RESTE A PARFAIRE ET A FAIRE CONNAITRE.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1 Optimisation de la coopération .....</b>	<b>50</b>
3.1.1 Une coopération à finaliser .....	50
3.1.2 Des choses restent à écrire .....	50
3.1.3 Une coopération à formaliser : les pistes possibles.....	53
<b>3.2 Vision globale du service de SSR et mise en perspectives au travers d'un outil réglementaire approprié qui prend ici toute sa mesure : le projet d'établissement.....</b>	<b>56</b>
3.2.1 Guide pour l'action à venir : le nouveau projet d'établissement de l'HL .....	56
3.2.2 accompagnement du personnel,.....	60

<b>Conclusion .....</b>	<b>61</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANHL :	Association Nationale des Hôpitaux Locaux
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CA :	Conseil d'Administration
CE :	Communauté d'établissement
CH :	Centre Hospitalier
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CP :	Comité de Pilotage
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRF :	Centre de Rééducation Fonctionnelle
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD :	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPS :	Etablissement Public de Santé
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FMI :	Fédération Médicale Interhospitalière
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
HL :	Hôpital Local
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PE :	Projet d'Etablissement
PMT :	Projet Médical de Territoire
SAE :	Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifcation à l'Activité
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Le soin médical ne se résume pas à la prise en charge aiguë de la maladie mais fait obligation au médecin de suivre son patient pour lui « faciliter dans toute la mesure de ses moyens la récupération d'un état de santé et de fonction optimal ». Cet extrait du serment d'Hippocrate de Cos, déjà en son temps, définissait les contours de ce qu'on appelle aujourd'hui les soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette activité, longtemps assimilée à la notion de convalescence, puis à la réadaptation, est aujourd'hui devenue une discipline à part entière, présente dans 75 % des hôpitaux locaux.

Le secteur du SSR apparaît depuis peu comme un nouveau levier en matière d'offre de soins. La journée organisée le 9 juin dernier sous l'égide de la FHF intitulée : « les soins de suite, poumon des filières de soins ? » ne dément pas ce regain d'intérêt des pouvoirs publics à l'égard de cette discipline. Le champ des soins de suite et de réadaptation représente également un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social où l'HL peut être amené à jouer un rôle de tout premier choix.

Créer un service de SSR en hôpital local (HL) peut paraître chose simple dans la mesure où cette création s'inscrit dans la mission sanitaire qui lui est dévolue. De plus, elle doit permettre à cet établissement de proximité, d'élargir la palette de ses services en tenant compte à la fois des besoins exprimés dans le SROS et des attentes de la population. Créer un service de SSR à l'HL dans le cadre d'une coopération imposée par les tutelles avec le centre hospitalier pivot afin de garantir la pérennité financière du projet change quelque peu la donne et nécessite de la part de l'ensemble des acteurs engagés et impliqués dans ce projet de définir des objectifs communs, garants d'une future prise en charge de qualité pour les patients relevant de cette activité.

Proche de sa population et bien implanté sur son territoire, l'HL Jean-Baptiste CARON de Crèvecoeur-le-Grand, qui a pour vocation essentielle le soin et l'hébergement des personnes âgées dépendantes, s'apprête à vivre une évolution importante avec la réhabilitation d'un ancien bâtiment dit «le château» destiné à accueillir ses 20 premiers lits de SSR dont l'objectif est de permettre au patient de retrouver une place dans son environnement initial ou le plus proche possible de ce qu'il était avant, voire de l'aider à s'adapter à une nouvelle vie. A cette création déjà autorisée pourrait être proposée la transformation de 20 lits USLD en lit SSR suite à la réforme des USLD.

En tant que future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, créer une offre de soins répond tout simplement à notre vocation professionnelle et m'apparaît comme un des meilleurs côtés du métier de directeur. La création d'un service de SSR au sein d'un HL, au carrefour des exigences du sanitaire et du médico-social, revêt également des aspects extrêmement riches et formateurs dans la mesure où cette activité, dite d'excellence, va engendrer une dynamique au sein de l'établissement et avec l'hôpital pivot dans le cadre de la coopération souhaitée par la direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour ce projet d'unité de SSR.

L'évolution ou la transformation de l'HL de Crèvecœur-le-Grand est indissociable des enjeux liés à la création d'une activité de SSR au sein de cet HL et plus largement au sein d'un territoire de santé. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ajoute au questionnement actuel. Quel sera ou quels seront les impacts de certaines dispositions de la loi (disparition du statut juridique d'hôpital local, création de communautés hospitalières de territoires...) sur l'HL, son mode de fonctionnement, son mode de gestion, son positionnement ? Devra-t-il toujours occuper ou conforter sa place d'hôpital de proximité au sein d'un territoire plus vaste que constitue le territoire de santé ? Quel rôle devra et aura à jouer le directeur de l'HL dans la conduite de ce projet, co-construit avec l'hôpital de référence et quelles sont les étapes nécessaires dans la construction de cette coopération ? Quel management à adopter et mode de management le mieux adapté pour accompagner son personnel et le faire adhérer au projet d'évolution de la structure dans son ensemble ? Quelle place accordée au directeur délégué de l'HL de Crèvecœur-le-Grand lorsqu'une convention de gestion lie cet HL au Centre Hospitalier de Beauvais (CHB), hôpital pivot, depuis 2001 ?

Afin de répondre à ces diverses interrogations, je me suis entretenue, sous forme d'entretiens semi-directifs (15 entretiens enregistrés avec prise de note) avec la majorité des membres du comité de pilotage (CP) du projet SSR de l'HL intégrant des professionnels des 2 structures et une aide-soignante et un agent de service hospitalier qualifié de l'USLD de l'HL qui devrait cesser de fonctionner au 31 décembre de cette année. Ces entretiens se sont déroulés sur mon lieu de stage et au CHB et ont duré, en moyenne, une cinquantaine de minutes.

J'ai moi-même participé à la mise en place du CP et à ses réunions qui ont commencé début décembre 2008 et devraient se poursuivre jusqu'à l'ouverture de l'unité prévue en 2010 ainsi qu'à certains groupes de travail (projet médical et de soin du SSR notamment). J'ai également assisté à la plupart des réunions de chantier du futur service dont le

démarrage a coïncidé avec mon arrivée sur le lieu de stage long tout début novembre 2008.

Parallèlement, j'ai organisé 3 visites dans des centres hospitaliers possédant un service de SSR. Une visite sur site d'un établissement de santé ayant mis en place 2 fédérations médicales interhospitalières (FMI) a également été effectuée.

De cette analyse, il ressort que la création d'un SSR à l'HL constitue bien une réponse adaptée et conforme à ses missions, aux orientations du SROS et aux besoins de la population. Il appartient au directeur de l'HL de construire cette coopération en partenariat étroit avec le CH pivot (première partie).

Cette phase apparaît délicate et pourtant capitale dans la poursuite du projet. La mise en place du CP et l'élaboration d'outils construits conjointement permettent aux professionnels de l'HL de dépasser certaines craintes et au directeur de s'inscrire dès lors dans une vision stratégique plus globale de son établissement (deuxième partie).

Enfin, cette coopération, bien engagée, reste à finaliser et à formaliser pour s'inscrire dans la durée. Quelques préconisations pourront être envisagées (troisième partie).



# **1 LA CREATION D'UN SERVICE DE SSR EN HL DANS LE CADRE D'UNE COOPERATION (à rajouter)**

Institution complexe, à la croisée des exigences du sanitaire et du social, l'HL a souvent dû se battre pour assurer sa survie et s'est très tôt engagé dans la coopération. Une étude réalisée en 2006 pour l'association nationale des hôpitaux locaux (ANHL)<sup>1</sup> auprès de 4 régions disposant d'une forte implantation d'HL sur leur territoire montre que 80% des hôpitaux locaux sont signataires d'une convention avec l'hôpital pivot, ce chiffre fluctuant peu selon les régions. L'HL de Crèvecœur-le-Grand se trouve dans cette configuration lié par différentes conventions avec le Centre Hospitalier de Beauvais, hôpital de référence.

Le développement des complémentarités est un des axes forts de la circulaire du 28 mai 2003 et constitue, à mon sens, un des deux principes structurants de l'offre sanitaire à l'égard des personnes âgées, au même titre que le maillage du territoire. L'HL, profondément ancré dans le paysage sanitaire français, joue et est appelé à jouer un rôle important, sinon déterminant, dans l'offre de soins de proximité. La mise en place d'une nouvelle discipline telle que le SSR et comme c'est le cas à l'HL Jean-Baptiste CARON, devra l'amener à conforter la place qu'il occupe déjà sur sa zone d'attractivité et à se positionner en qualité d'acteur incontournable de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité au regard du nouveau paysage sanitaire qui se dessine.

La création d'un service de SSR à l'HL de Crèvecœur-le-Grand s'inscrit bien dans les missions qui lui sont dévolues, prend en compte les réformes en cours et répond aux orientations du SROS (1.1). Ce projet en coopération étroite avec le CHB a une histoire et s'inscrit dans l'air du temps (1.2).

## **1.1 L'HL : Ses missions, son évolution**

### **1.1.1 Spécificités**

#### A) Missions

La circulaire du 28 mai 2003 rappelle en tout premier lieu que l'HL est un établissement public de santé à part entière. Ce statut lui a été conféré par la loi n° 91-798 du 31 juillet

---

<sup>1</sup> Etude réalisée pour l'ANHL, Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpital, Septembre-Octobre 2008, l'Hôpital Local à la croisée des chemins, page 14

1991. Pour autant, parallèlement à sa vocation sanitaire, l'HL développe des activités médico-sociales importantes. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)<sup>2</sup> de 2005 recensait 360 HL représentant à eux seuls une capacité de 66 000 lits dont 22 339 lits d'hospitalisation complète incluant la médecine, la psychiatrie, le SSR et les USLD. La quasi-totalité des HL dispose de lits d'hébergement, ce qui représente les deux tiers de leurs capacités. L'HL de Crèvecœur-le-Grand n'échappe pas à cette règle. En effet, cet établissement public de santé a pour vocation essentielle le soin et l'hébergement des personnes âgées dépendantes. La prise en charge des personnes en perte d'autonomie est une activité reconnue à l'HL Jean-Baptiste CARON à partir de laquelle il a su développer différents métiers et compétences afin d'apporter une prestation de qualité aux personnes vivant dans ses unités de vie. C'est ainsi que les hôpitaux locaux ont su développer un savoir-faire gériatrique intégrant non seulement la dimension médicale, mais aussi psychologique et familiale de la prise en charge de la personne accueillie. Le projet d'établissement (PE) 2006-2010 de l'HL de Crèvecœur-le-Grand, qui prévoit la création d'une unité de SSR à orientation gériatrique de 20 lits, va venir bousculer cette donne et répondre aux missions dévolues à l'HL et inscrites à l'article R.6141-18 du CSP qui sont de dispenser :

1. avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée en médecine,
- des soins de suite et de réadaptation,

2. avec hébergement :

- des soins de longue durée tels que définis au 2° de l'article L. 6111-2 du CSP.

Cette activité nouvelle va venir compléter le « panier d'activités » offert par cette structure et répondre à une de ses spécificités et caractéristiques premières qui résident dans la constitution d'un **premier niveau de prise en charge sanitaire**. A ce titre, il doit pouvoir disposer d'une offre de soins complète en première intention visant à assurer un premier niveau de prise en charge de la population vivant à proximité et favoriser son retour ou son maintien à domicile. Cette mission peut revêtir une importance capitale dans la mesure où la plupart des HL sont situés en zone rurale et où la population locale, vieillissante, n'a pas ou n'a plus toujours les moyens de se déplacer.

Face à une espérance de vie croissante, «la grande affaire du siècle étant celle de l'allongement de la durée de la vie», à la désertification médicale, l'HL tient une place essentielle et doit rester un lieu de soins de proximité par excellence. Cette mission de soins de santé de premier recours est inscrite au titre II de la loi HPST : accès de tous à des soins de qualité et l'article 36 en définit ainsi les contours : «l'accès aux soins de

---

<sup>2</sup> SAE 2004-2005-2006, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et Ministère de la santé et des solidarités, DREES

premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité». Ce premier niveau de prise en charge sanitaire s'exerce souvent en coordination avec la médecine de ville.

La seconde spécificité et singularité de l'HL réside en effet dans son **fonctionnement médical**, qui repose pour l'essentiel sur la participation des médecins généralistes qui y exercent à titre libéral. Cette articulation entre ces deux acteurs de santé ne peut que concourir au développement des missions également imparties à l'HL dans sa participation aux :

- actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées,
- actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé,
- actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux.

prévues aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1 du CSP.

**Etablissement de soins de proximité** connu et reconnu, l'HL, par la création d'une activité de soins de suite et de réadaptation, peut garantir les conditions d'une prise en charge de qualité dans la mesure où la proximité immédiate du domicile du patient est capitale pour sa réadaptation et sa réinsertion. Acteur de santé de proximité, l'HL doit, à ce titre, pouvoir proposer à la population de sa ville et environnante, une plate-forme de soins et de services de proximité. Lors d'un discours prononcé le 24 novembre 2004 à l'occasion du forum national de l'HL, M. DOUSTE-BLAZY, alors ministre de la santé, déclarait «qu'il y a un avenir pour l'HL qui dépasse la prise en charge des personnes âgées». En mars 2005, il se prononçait alors résolument en faveur d'un HL rénové et recréant, avec pour objectif de «remédicaliser ces établissements<sup>3</sup>» en application de la circulaire du 28 mai 2003.

Une fois ses missions resituées et mises en perspectives avec la création d'un service de SSR, un état des lieux de l'offre de soins actuellement proposée par l'HL Jean-Baptiste CARON est dès lors nécessaire pour bien mesurer les enjeux liés à l'apparition d'une offre de soins supplémentaire sur un territoire donné et les attentes qu'elle suscite au niveau de tous les acteurs de santé et de la population.

#### B) Présentation de l'HL

L'HL dénommé Jean-Baptiste CARON du nom de son bienfaiteur (à compléter). Cet établissement de santé comprend 2 sites, situés tous deux à proximité immédiate du centre ville :

---

<sup>3</sup> Extrait du discours de M. DOUSTE-BLAZY du 9 mars 2005 sur «la France des Proximités»

- un EHPAD «Maison de Retraite du Parc», 16 avenue du Château, d'une capacité de 100 lits qui accueille les résidents les moins dépendants et/ou qui ont perdu leur capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie courante (GMP : 635,97),
- 2 EHPAD 18 place de l'Hôtel de Ville :
  - o EHPAD USLD «La Résidence des Fleurs», d'une capacité de 60 lits qui accueille les résidents dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins de nursing constants (GMP : 938,33),
  - o EHPAD MR «La Résidence du Cèdre» d'une capacité de 44 lits à orientation psycho-gériatrique qui accueille les résidents atteints d'une affection somatique ou psychique (GMP : 635, 97).

A cette capacité d'accueil de **204 lits** s'ajoutent :

- un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 40 places dont une pour personne handicapée,
- un service de portage de repas à domicile de 20 couverts par jour.

Au regard de cette orientation essentiellement gériatrique, l'introduction d'une activité dite d'excellence, autrefois dénommée «moyen séjour» va engendrer une dynamique certaine au moment où l'HL voit son statut juridique se transformer et où il s'apprête à perdre son unité d'USLD.

### 1.1.2 L'hôpital local à un tournant de son histoire

A) Loi HPST du 21 juillet 2009 : une opportunité pour l'HL ?

La loi du 21 juillet 2009 fait rentrer l'HL dans le droit commun en lui donnant la même dénomination qu'aux autres hôpitaux, celle de centre hospitalier. Il devient ainsi un établissement public de santé comme les autres. La disparition de la notion juridique «d'hôpital local» n'est pas choquante en elle-même : un HL est ou peut être assimilé à un centre hospitalier dès lors qu'il dispense le même type de soins pour des activités identiques. L'article L. 6141-1 du CSP stipule que «le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national». Le ressort communal peut être perçu comme celui de l'échelon local dans la mesure où l'HL est enraciné dans sa commune depuis fort longtemps la loi de 1796 même si à cette époque il ne portait pas ce nom.

Lors de l'examen de la loi par le Sénat le 14 mai dernier, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, avait tenu à rassurer Monsieur Raymond VALL, sénateur, sur les conséquences de cette unification du statut juridique des hôpitaux. « Ce nouveau statut juridique n'entraîne pas de conséquences sur le mode de fonctionnement de ces

établissements. Ils pourront même conserver, s'ils le souhaitent, leur dénomination antérieure <sup>4</sup>». Tous ces questionnements mettent en lumière la mouvance actuelle dans laquelle se trouvent ces établissements de santé, à la recherche de leur pérennité, de leur viabilité, voir de leur survie, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé prôné par les pouvoirs publics et de rationalisation de l'offre de soins. La réforme en cours des USLD atteste bien de ce mouvement à l'HL Jean-Baptiste CARON.

#### B) De la disparition programmée de l'USLD...

Il m'apparaît important, dans cette présentation non exhaustive de l'HL, de consacrer ce point à la réforme des USLD initiée par l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui prévoit la redéfinition des USLD par répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Suite à la coupe PATHOS réalisée en mai-juin 2006 par le praticien hospitalier du service, l'HL ne conserverait que 24 lits USLD SMTI/2 sur les 60 autorisés initialement. Ses 24 lits seraient requalifiés dans la mesure où ils sont inférieurs au seuil d'efficience, entendu comme un référentiel d'organisation, soit un minimum de 30 lits, et basculeraient de ce fait dans le champ médico-social. Au total, 40 des 60 lits de «l'ex USLD» seraient redéployés vers ce secteur dont 20 hors des murs de l'HL mais toujours sur le secteur nord du Beauvaisis. En effet, à la création de 20 lits déjà autorisés pour l'activité de SSR a été proposée la transformation de 20 lits USLD en lits de SSR en lieu et place de l'actuelle USLD, ce qui porterait la capacité totale de l'établissement à 224 lits. Le processus de redéfinition des USLD ayant été étendu sur 3 ans par les dispositions de l'article 84 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'HL reste dans l'attente de l'arrêté préfectoral de cessation de son activité d'USLD prévue au 31 décembre de cette année.

Si l'objectif affiché de cette réforme est de permettre aux personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins, soit dans le secteur sanitaire, soit dans le secteur médico-social, ce mouvement rampant de démedicalisation des HL va les priver d'un débouché stratégique et d'une activité de proximité qui leur était dédiée et presque naturelle, chère à la population. Alors que cette réforme tend à concentrer les USLD sur les centres hospitaliers plus importants, la présence de telles unités en HL, permet pourtant d'offrir un séjour mieux adapté aux malades, souvent très âgés et

---

<sup>4</sup> Extrait du compte-rendu intégral des débats de la séance du 14 mai 2009 au Sénat lors de l'examen de la loi HPST

polypathologiques et plus proche de leur domicile. Son impact, non encore mesuré, mais perceptible, semble bien préoccuper l'ensemble des professionnels de cette structure. Le personnel soignant est profondément attaché à cette unité et y prodigue des soins de qualité dans la prise en soins des résidents. Suite à cette «mort annoncée», il s'interroge sur le devenir des résidents suite à la délocalisation fort probable de 20 lits d'EHPAD de même que sur le devenir de certains patients du futur SSR, privés de lits d'aval avec la disparition de l'USLD. De cette démedicalisation s'ensuit la remédicalisation avec l'introduction d'une activité nouvelle : le SSR, inscrite dans le SROS 3.

C) ...A la création d'un service de SSR

Un arrêté de l'ARH en date du 1<sup>er</sup> juillet 2005 avait ouvert des besoins exceptionnels, à hauteur de 20 lits, pour l'activité de soins de suite indifférenciés en hospitalisation complète dans la zone de proximité de Beauvais. Un dossier avait été déposé par le directeur du CH de Beauvais, également directeur de l'HL du fait de la direction commune, auprès de l'ARH avec intention de positionner ce service, à orientation gériatrique, à l'HL de Crèvecœur-le-Grand. La demande s'appuyait sur 2 arguments principaux : réduction des durées moyennes de séjour des services de chirurgie et médecine du CHB (les sorties de lits de courts séjours étaient régulièrement retardées, faute de disponibilités de lits de SSR) et augmentation, à l'horizon 2010, de la population de 60 ans et plus, ce qui devrait représenter 20% de la population totale du bassin de santé de Beauvais.

La création d'un service de SSR à l'HL est actée dans l'annexe 1 du SROS 3 de Picardie paru en décembre 2006 en ses termes : HL de Crèvecœur-le-Grand : *20 lits de SSR polyvalents à vocation gériatrique en complémentarité ou réseau avec le CHB* et relève d'une autorisation délivrée antérieurement par l'ARH de Picardie le 24 mai 2006 suite au passage en CROS le 12 avril 2006. La création de cette discipline nouvelle à l'HL répond aux orientations inscrites dans le SROS 3, dans le CPOM 2007-2011 signé entre l'ARH et l'HL et s'inscrit dans la ligne tracée par les pouvoirs publics au travers de différents textes et rapports qui ont fortement incité les établissements de santé à améliorer leur fonctionnement afin de garantir aux usagers une qualité et une continuité de prise en charge tout au long de leur parcours de soins dans lequel l'HL tient toute sa place.

Ainsi, le Plan Solidarité Grand Age<sup>5</sup> 2007-2012 vise à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique dans le respect du libre choix des personnes en assurant une continuité de prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. L'axe 3 de ce plan

---

<sup>5</sup> Plan présenté le 27 juin 2006 par M. BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

contient des mesures visant à la structuration territoriale de la prise en charge des personnes âgées grâce au développement de filières gériatriques intégrant les HL en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD. Alors que le SROS 2 de Picardie ne comportait pas de volet relatif à la prise en charge des personnes âgées contrairement aux SSR, le SROS 3 comble cette lacune. En septembre 2008, il a été procédé à la révision de son volet personnes âgées, fondé sur 2 objectifs stratégiques :

- améliorer la filière de soins de la personne âgée,
- insérer les structures de soins dans un réseau territorial de coordination gériatrique.

Resitué dans le cadre des SROS, l'HL apparaît tout naturellement comme un lieu d'articulation entre une logique horizontale par l'organisation de prises en charge avec les partenaires locaux de santé et une logique de filière permettant l'accès aux structures hospitalières de son territoire. En raison de leur position, les SSR ont eux aussi une mission clé à jouer dans la participation à l'animation des filières de prise en charge d'autant plus qu'ils sont destinés à assurer, dans une approche globale du patient âgé, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation, en vue du retour à domicile. La récente réforme des autorisations en SSR inscrite dans les deux décrets du 17 avril 2008 a entraîné une révision des SROS de troisième génération au moment où de nombreuses structures de SSR redoutent une vulnérabilité à la tarification à l'activité (T2A). Dans ce contexte, la coopération, plus qu'une contrainte, doit être favorisée et même encouragée. La loi HPST invite fortement les établissements à se diriger dans cette voie.

## **1.2 La coopération, un outil au service de la stratégie de l'HL**

L'allongement de la durée de la vie (l'espérance de vie s'accroît chaque année d'un trimestre), y compris avec un handicap, comme la montée en charge des maladies chroniques et des polyopathologies ayant des incidences sur l'autonomie de la personne, impliquent des suivis au long cours et des compétences à coordonner. A eux seuls, le secteur médico-social et l'HL ne peuvent remplir toutes ces missions et obligations pour assurer à la personne prise en charge un parcours le plus cohérent possible. Il leur est nécessaire de mettre en place des complémentarités, voire de les développer, les améliorer et les évaluer, d'inventer ou de fédérer des alliances avec le secteur sanitaire. C'est au prix de cet effort et/ou de cette stratégie qu'ils pourront maintenir leur place en qualité d'acteurs incontournables de l'offre de soins.

## 1.2.1 Projet en coopération avec le CHB

### A) Une coopération à l'ère de la loi HPST

La coopération est un des axes forts de la loi HPST et constitue aujourd'hui un des enjeux fondamentaux en matière de restructuration et de rationalisation de l'offre de soins. La loi HPST y consacre un chapitre complet avec un outil nouveau : la communauté hospitalière de territoire (CHT). Cette nouvelle dénomination n'est pas sans rappeler les communautés d'établissements (CE) instaurées à l'article L. 712-3-3 de l'ordonnance du 24 avril 1996 en ses termes : «les CE de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier» dont les CHT sont probablement les héritières. La création de ces CE, plus qu'encouragée, est fortement recommandée. En effet, l'article L. 712-3-4 précisait «qu'à l'issue d'un délai de 3 ans à compter de la date de publication de l'ordonnance, les EPS qui n'ont adhéré à aucune CE sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'ARH». Incitation ou contrainte ?

Le dernier point de l'article 22 de la loi HPST indique quant à lui que « jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation... sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une CHT ou à la constitution d'un GCS ». Politique certes non contraignante mais fortement incitative dans la mesure où les EPS s'engageant dans cette voie bénéficieront d'un financement majoré de 15 %. Dans un contexte de maîtrise et de réduction des déficits publics et particulièrement difficile car accentué par la crise financière depuis plus d'un an, cette manne financière est d'autant plus bienvenue que la plupart des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitaliers universitaires sont en contrat de plan de retour à l'équilibre, ce qui n'est pas le cas pour une grande majorité des HL.

Depuis de nombreuses années, les différentes politiques nationales impulsées ont souvent mis l'accent sur la nécessité pour le secteur sanitaire de se coordonner. Moins visible pour le secteur médico-social, cette préoccupation liée à la coordination apparaît pourtant dans les articles 1 et 2 de la loi du 30 juin 1975, qui crée aussi, rappelons-le ici, la fonction de médecin coordonnateur qui a pour double mission de coordonner les soins et d'optimiser l'enveloppe allouée par l'assurance maladie. La mise en place prochaine des agences régionales de santé (ARS), de par leur vocation à permettre une gestion transversale du secteur sanitaire et médico-social, devrait concourir à une meilleure lisibilité (le SROS en est le premier outil), visibilité, coordination et organisation de l'offre de soins sur le territoire de santé. L'ARH de Picardie s'est d'ores et déjà orientée dans cette voie en demandant à l'HL de construire un nouveau projet médical et d'organisation en relation avec la communauté médicale et soignante du CHB.



## B) Une coopération non choisie...

Conformément à l'article L. 714-11 de la loi n° 91-748 du 31 juillet instituant les PE, l'HL avait transmis à la DDASS de l'Oise le 23 octobre 2006 son nouveau PE. L'ARH Picardie en avait accusé réception début janvier 2007 et précisé que compte tenu des travaux en cours relatifs à la déclinaison du SROS 3 par territoire de santé, ce PE serait examiné à la lecture du projet médical du territoire de santé sud-ouest et de la conclusion du CPOM. Par courrier en date du 17 septembre 2008 adressé au directeur du CH de Beauvais, le directeur de l'ARH, après étude technique et passage en commission exécutive le 16 septembre 2008, indique qu'il n'approuve que partiellement le PE de l'HL au motif que le projet de SSR, tel que présenté dans le projet médical, n'est pas viable, financièrement, à long terme.

Une raison est avancée : la capacité, soit 20 lits, n'est pas suffisante. Les recommandations ministérielles fixent un seuil minimal capacitaire de 28 lits. La T2A qui se profile à l'horizon 2012 invite à raisonner sur une capacité supérieure à 20 lits dans le cadre d'une organisation géographique qui garantisse la meilleure efficacité de cette activité. Après échanges et discussions avec la DDASS se dessinent les nouveaux contours du projet : 40 lits dont 20 pourraient être autorisés après redéploiement de 20 des 60 lits de l'actuelle USLD. Cette seconde unité pourrait être installée au 1<sup>er</sup> étage de la Résidence des Fleurs, actuellement occupée par l'EHPAD USLD. Elle présenterait alors l'avantage de pouvoir être reliée à la première unité, actuellement en cours de construction, par une passerelle existante sécurisée. Cette seconde unité ne se ferait cependant pas au moindre coût d'investissement dans la mesure où les chambres actuelles ne disposent pas de douches alors que le cahier des charges SSR fait état de cette exigence.

Le coût de la création des 20 premiers lits est estimé à 4 millions d'euros et l'extension à 40 lits se chiffre à 900 000 euros. Ces chiffres n'incluent pas le mobilier. Le coût au lit pour un service de SSR est de l'ordre de 55 000 euros.

Cette extension de la capacité initiale est liée à l'écriture du nouveau projet médical et d'organisation du SSR en lien avec les responsables médicaux et soignants du CH pivot et en particulier son pôle de gérontologie.

Les objectifs fixés lors de la dernière révision du volet SSR du SROS 3 de Picardie en juillet 2009 sont principalement :

- l'accessibilité à des structures de proximité,
- les coopérations et complémentarités entre les structures de SSR,
- la fluidité du parcours de soins du patient entre l'amont et l'aval,
- l'efficacité des organisations en SSR,
- la promotion des CHT et des GCS

guident et posent les principes d'organisation et de structuration liés à la création du service de SSR à orientation gériatrique de l'HL Jean-Baptiste CARON. La coopération s'inscrit au cœur de ce dispositif. La convention de direction commune constitue elle aussi un outil de coopération et de gestion.

C) ...Mais favorisée par l'existence d'une convention de direction commune

La coopération est devenue un enjeu essentiel des réformes sanitaires et sociales. La direction commune y participe tout en ayant cette particularité de ne reposer sur aucun texte, excepté dans les statuts de directeur où elle est principalement évoquée pour les modalités de nomination et d'intérim. Elle relève d'une coopération fonctionnelle, qui n'entraîne pas de facto la création de personnes morales distinctes des établissements, à la différence de la coopération institutionnelle qui nécessite, elle, la création d'une entité juridique autonome.

Ce dispositif s'est multiplié ces dernières années pour deux raisons essentielles : non attractivité de certaines régions et démographie non favorable des directeurs. Elle possède cette caractéristique, du fait de son caractère contractuel, d'être souple et de pouvoir répondre ainsi aux volontés et aux intérêts des différentes parties en présence. Ce modèle souple de coopération, au moment de son montage, rassemble 3 acteurs essentiels : le maire également président du conseil d'administration (CA), le directeur et la tutelle. C'est certainement son manque de formalisme juridique qui lui confère une certaine souplesse. Elle est mise en place par des individus précis, à un moment précis de l'histoire d'un établissement. Cette souplesse de départ peut toutefois la rendre plus incertaine et instable en cas de changement de directeur, que ce soit le directeur sur place du site ou le directeur qui l'a mise en place et a qui a été confiée la responsabilité juridique de cet établissement.

Une fois les intérêts mutuels et partagés de chaque partie définis, les avantages liés à cette forme de coopération ne manquent pas : partage d'informations, de compétences, de savoir-faire, d'expertises qui peuvent se traduire dans la réalité par des mises en commun de temps de travail (médecin, ergothérapeute, pédicure...), mutualisation de certains moyens et bien entendu présence d'un directeur sur place, à temps plein ou non, selon les modalités convenues par les parties contractantes au départ.

L'intérêt du directeur nommé sur ce poste présente l'avantage qu'il ne sera pas isolé dans l'exercice de ses fonctions dans la mesure où il est intégré lui-même à une équipe de direction sur laquelle il peut s'appuyer à tout moment. Garante de la survie des petits établissements, la direction commune présente également cet avantage que chaque structure conserve son autonomie juridique et financière, ce qui peut constituer un argument de poids dans l'engagement des maires, en général très attachés à leur structure d'autant plus qu'elle est située en milieu rural.

La contrepartie de cette autonomie juridique garantit à chaque partie contractante est le poids et la lourdeur des instances, multipliées par deux. De même, la construction d'une culture commune, qui doit dépasser les identités et les particularismes locaux, n'est pas chose aisée d'autant plus que le sentiment d'appartenance à un groupe unique ne va pas de soi et demande du temps et de la pédagogie afin de faire adhérer les acteurs et le personnel à ce type de coopération.

Pour l'HL de Crèvecœur-le-Grand, la direction commune a été envisagée fin 2000. A cette époque, la direction de l'établissement était sous intérim, assurée par un des membres de l'équipe de direction du CH de Beauvais. Face à cet intérim qui se prolongeait (la région Picardie ne faisant pas partie des premières intentions lors du choix des affectations), la convention de direction commune est apparue comme un moyen souple et idéal de remédier à ce problème. C'est ainsi que début 2001, les instances de l'établissement ont émis un avis favorable au principe d'une convention de gestion entre l'HL et le CH de Beauvais, distant de 20 kilomètres. A noter que le CA s'est réuni le 7 mars 2001 sans quorum, non obligatoire, s'agissant d'une seconde convocation. Cette convention a pris effet durant le premier trimestre 2001 et reste d'actualité. Les objectifs inscrits dans celle-ci restent très généralistes. En préambule, est rappelé «l'intérêt mutuel des deux établissements à organiser leur complémentarité notamment compte tenu de leur proximité géographique» et l'article 3 indique que «responsable de chacun des 2 établissements, le directeur facilitera les actions de coopération permettant à chacun des 2 établissements de mieux remplir sa mission».

Depuis 2002, un directeur faisant partie de l'équipe de direction du CHB et issu du corps des directeurs d'hôpital a été nommé sur place en qualité de directeur délégué et y exerce toujours. En (voir année) la direction du CHB a changé et cette convention commune, qui n'a pas fait l'objet d'actualisation, semble devenir un enjeu stratégique entre le directeur du CH pivot et le directeur délégué à l'HL, ce qui souligne que ce mode de gestion et son évolution, ses adaptations éventuelles, sont étroitement liées aux personnalités de chacun et à l'appréciation des acteurs en présence.

L'organisation de la démarche projet de conception, de préparation et de mise en œuvre de l'unité de SSR s'établira dans un cadre étroitement concerté avec le CH de référence. Le cadre de cette coopération est ainsi posé dans l'avenant au CPOM de l'HL signé le 10 décembre 2008 entre le directeur du CH, représentant légal de l'HL et le directeur de l'ARH. C'est en ces termes que le directeur du CH, secondé par sa directrice adjointe à la direction des affaires gériatriques et aux réseaux, entend travailler avec l'HL dans le cadre d'une coopération plus aboutie.

Cette coopération pour le projet du SSR, initialement imposée par la tutelle, a été facilitée ou tout au moins favorisée du fait de l'existence de cette convention commune de direction. D'une part, celle-ci représente elle-même une formule de coopération où des

liens se sont tissés entre les 2 parties. Les nombreuses coopérations et partenariats existants (gérance de tutelle, analyses de laboratoire, intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, INTERCLIN, poste de PH à temps partagé, intervention d'un chirurgien dentiste...) dont certains sont mêmes antérieurs à la convention commune attestent de cette vitalité et de cette complémentarité. D'autre part, l'article 3 de cette convention indique que les actions de coopération seront facilitées par le directeur du CH pivot.

### **Présenter le CHB**

Dans un contexte plus que favorable aux regroupements d'activité, aux mutualisations, au développement et au renforcement des complémentarités, cette coopération peut constituer une étape supplémentaire vers une coopération plus achevée et pourquoi pas à visée intégrationniste.

L'évolution récente de la notion de territoire, le protocole d'accord d'une CHT par anticipation de la loi HPST initié par le CH de référence et enfin la sortie, en 2008, des textes réglementant l'activité de SSR placent l'HL Jean-Baptiste CARON au cœur des réformes et l'invitent, au regard des évolutions actuelles du système de santé, à prendre une part active à cette transformation afin de pouvoir continuer à jouer un rôle influent, sinon déterminant au sein de son territoire et de son bassin de vie.

## **1.2.2 Un contexte législatif et règlementaire propice**

### A) Evolution de la notion de territoire

Le territoire est le critère déterminant de la politique mise en œuvre et traduite dans la loi HPST du 21 juillet 2009. Son nom : hôpital, patient, santé et territoire ainsi que son titre IV intitulé : «organisation territoriale du système de santé» rendent compte de la prééminence de ce thème reconnu dans les politiques de santé en cours. Toutefois, cette notion de territoire n'est pas nouvelle, la loi du 31 décembre 1970 intégrait déjà cette idée d'organisation territoriale de la santé en instituant les régions et secteurs d'action sanitaire.

Le territoire de santé devient aussi un territoire de projet, à l'exemple des projets médicaux de territoire (PMT) particulièrement mis en avant par l'ARH Picardie dans la déclinaison de son SROS 3, et s'inspire très fortement des réorganisations des collectivités territoriales en pays et agglomérations.

L'organisation du système de soins se fonde non plus sur l'offre mais sur les besoins de santé de la population. Que nous dit le rapport LARCHER<sup>6</sup> ? «Il convient résolument de penser l'organisation des soins à partir des besoins et non pas de l'offre ou des structures

---

<sup>6</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. LARCHER remis au Président de la République le 10 avril 2008

existantes». Lieux concrets de la mise en œuvre de la réforme, les territoires de santé sont issus de l'ordonnance du 4 septembre 2003 et de la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération.

Le territoire de santé est en effet un thème novateur des SROS 3 et l'organisation territoriale des SSR tient compte de cette nouvelle donne. Ces textes ont rénové la planification sanitaire par la suppression de la carte sanitaire. Les régions peuvent découper des territoires différents selon les activités sous réserve d'une cohérence territoriale. Le territoire de santé se substitue ainsi au secteur sanitaire et devient le lieu pertinent de l'organisation de l'offre de soins. L'article L. 1434-16 de la loi HPST stipule que l'ARS a pour mission de «définir des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique... ainsi que pour l'accès au premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux». Si l'on peut constater une grande hétérogénéité de ces territoires (de par leur taille, de par leur superficie et de densité de population et quant à leur dynamisme démographique et économique), les différents niveaux de graduation des soins (proximité, local, régional et interrégional), précisés par la circulaire du 5 mars 2004, bien articulés entre eux, permettront d'assurer une prise en charge complète des usagers du système de santé.

L'HL peut se reconnaître dans le niveau de proximité qui peut également être assimilé au bassin de vie ou du pays et qui correspond, dans le cadre d'une approche graduée, aux soins de premier recours, à la permanence des soins et aux soins de ville. Tout en préservant cette notion «d'immédiate proximité», il peut s'organiser en réseau afin de pouvoir maintenir et garantir un tissu sanitaire de qualité et de proximité. L'adhésion de l'HL au projet de CHT de l'Oise Ouest en est l'illustration.

#### B) Protocole d'accord sur l'expérimentation d'une CHT par anticipation de la loi HPST

Le rapport LARCHER prône un «découpage territorial des territoires... qui doit prendre en compte les données géographiques et sociologiques tout en restant d'une taille compatible avec le jeu des solidarités locales». Les futures CHT prévues à l'article L. 6132-1 de la loi du 21 juillet 2009 qui précise que «des EPS peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements» devront favoriser l'équité et trouver le bon compromis entre l'effectif de la population, l'accès de tous à l'Hôpital en un temps acceptable et une taille minimale de l'établissement permettant sa viabilité. Ce nouveau mode de coopération est un dispositif incitatif.

Le protocole d'accord sur l'expérimentation d'une CHT a été validé par le CA de l'HL le 24 octobre 2008 et la convention constitutive du GCS préfigurateur de la CH20 (CHT de l'Oise Ouest) a été adoptée par les instances de l'établissement au mois de juin 2009 après débats et interrogations soulevées par les administrateurs. Des craintes légitimes ont été soulevées de la part des élus et du personnel face à cet outil juridique nouveau dont on ne connaît pas encore ni la portée ni les conséquences. Ce protocole a devancé la loi. Cette CHT, désormais appelée CH20 associe 10 établissements (3 CH, 2 HL, 1 centre de rééducation fonctionnelle (CRF) et 1 EHPAD). D'autres établissements privés et publics ont également fait part de leur volonté de coopérer avec la CH20 sous forme de conventions individuelles à géométrie variable.

Le territoire sur lequel s'adosse cette CHT a été construit à partir du territoire de santé Sud Ouest comprenant 4 CH et de l'analyse des données suivantes : modalités de constitution des territoires de santé en Picardie, les coopérations existantes, les axes de planification sanitaire propres aux territoires de santé (PMT...) et les pratiques territoriales de ses habitants. Il apparaît en effet primordial que ces CHT s'appuient à la base sur les territoires de santé afin de garantir d'une part l'homogénéité de la territorialisation et d'autre part de garantir aux populations l'équité induite par la planification. Le rapport VALLANCIEN<sup>7</sup> envisage des CHT de 4 à 10 établissements, représentant entre 7 000 et 20 000 employés pour des bassins de population de 200 000 à 400 habitants. Forte de plus de 2 100 lits pour un poids financier global de plus de 220 millions d'euros et plus de 3000 salariés, la future CH20 rayonnera sur un territoire de quelque 250 000 habitants.

Si les statuts et la convention constitutive de cette CH20 ne sont pas encore effectifs, celle-ci, portée par le CH de Beauvais, est déjà opérationnelle dans bon nombre de domaines dans la mesure où le CH est un établissement pivot sur lequel s'appuient plusieurs établissements de proximité. C'est le cas pour l'HL. La CH20 vise en effet, c'est l'un de ses objectifs, l'amélioration de la complémentarité entre établissements et la garantie d'un service hospitalier de proximité, bien coordonné et justement dimensionné. Si cette «grosse machine» peut faire peur, l'ANHL craignant «la disparition d'une offre de soins de proximité avec des HL devenus des satellites gérés à distance», l'adhésion à cette CHT ne peut que venir renforcer, voir étoffer un partenariat préexistant dans lequel le parcours de soins du patient pourra être optimisé. Certes, les craintes sont réelles car une CHT suppose une mutualisation des moyens, peut-être le transfert de certaines compétences. Jusqu'où et à quel coût ? Quelle forme pourra prendre cette CHT : fédérative (les établissements restent autonomes) ou intégrée (compétences des

---

<sup>7</sup> Rapport du professeur VALLANCIEN remis le 10 juillet 2008 intitulé : «réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire»

établissements confiées à la CHT). Toutes ces interrogations se posent avec d'autant plus d'acuité que le contexte local s'y prête.

Le projet médical et de soin du futur SSR s'inscrit dans ce cadre commun, coordonné par la CHT. Cette organisation de l'offre répond au principe de gradation des soins dans le cadre d'une mise en réseau de l'ensemble des établissements de la CH20. La sortie des textes relatifs à l'activité de SSR en 2008 va permettre à l'HL de se positionner sur son territoire tout en organisant son unité de SSR de manière conjointe avec celle du CH pivot pour former une offre de soins de 80 lits dans le cadre de la CH20.

C) Un contexte favorable pour l'HL : sortie des textes relatifs à l'activité de SSR et intérêts des pouvoirs publics pour le SSR

«Celui qui tient le moyen séjour tient tout l'hôpital». Cette phrase, extraite de l'entretien auprès du chef de pôle de gériatrie du CHB, reflète la position stratégique de cette activité et rejoint la circulaire du 3 octobre 2008 qui met l'accent sur le rôle important que représente celle-ci en matière d'offre de soins. Alors que le décret du 26 novembre 2004<sup>8</sup> avait distingué l'activité de soins de suite d'une part, de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part, le décret du 17 avril 2008 les réunit en une seule activité de «soins de suite et de réadaptation».

Si les pouvoirs publics ne voient que la solution SSR comme un «remède» afin de désengorger les services de court séjour en tant que mode idéal de sortie des lits d'aiguë, «cela aura permis de pointer la caméra sur ce que font les SSR». Excepté la circulaire du 31 décembre 1997<sup>9</sup>, c'est en effet la première fois que des textes officiels expliquent leur rôle qui n'est pas que l'aval du court séjour.

Le SSR, c'est aussi un projet de réadaptation, de convalescence qui doit favoriser, en premier lieu, le retour à domicile lorsque celui-ci est possible. La fédération française de médecine physique et de réadaptation définit ainsi les missions que doit remplir un SSR : «coordonner et mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités». Selon l'OMS, la réadaptation se définit par «l'application coordonnée et combinée de mesures dans le domaine médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place». Enfin, l'article R. 6123-118 du CSP précise que «l'activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire

---

<sup>8</sup> Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code

<sup>9</sup> Circulaire DH/EO n° 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation

les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique».

Le SSR peut ainsi être conçu comme un vrai mode d'entrée de qualité des lits d'aval qui va permettre, avec les moyens de la MCO, de prendre le temps de faire le point de toutes les problématiques médico-psycho-sociales de la personne prise en charge. La T2A programmée à l'horizon 2012 pour l'activité de SSR risque de venir bousculer cette donne. La circulaire du 3 octobre 2008 insiste sur le fait que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Cette discipline doit être reconnue comme une structure sanitaire à part entière et non plus seulement comme un moyen de dégagement des services de court séjour. Plus largement, le SSR doit apporter une plus-value réelle au séjour du patient se traduisant par une **prise en charge globale** devant lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine. Tout comme l'HL se situe au carrefour des exigences du sanitaire et du médico-social, le champ des SSR se trouve à la croisée des chemins en raison de son positionnement qui lui confère de fait une mission importante à remplir dans l'animation des filières de prise en charge. La circulaire du 31 décembre 1997 mettait déjà l'accent sur la nécessité pour les SSR de s'inscrire au centre de la filière de soins, déterminée par la trajectoire du patient en fonction de son état de santé.

S'il paraît important pour le CH pivot d'avoir une filière d'aval, il apparaît tout aussi crucial pour l'HL de disposer d'une filière d'amont nourrie constamment par ce partenariat étroit avec l'hôpital qui va lui assurer sa pérennité. Cette activité nouvelle au sein de l'HL, où l'objectif de réadaptation et de retour à domicile est primordial, tranche avec les activités offertes actuellement dans la mesure où la majorité des résidents accueillis n'ont pas de vision de l'avenir hors de l'établissement, en dehors d'un lieu de vie et de soin. Les retours à domicile restent très épisodiques (1 à 2 par an). En introduisant cette discipline, les patients sortiront et pourront témoigner eux-mêmes des soins qui leur auront été prodigués.

La journée organisée le 9 juin 2009 par la FHF atteste bien que les SSR constituent aujourd'hui un champ clé de l'offre de soins. L'évolution du besoin de soin (vieillesse de la population, prévalence des maladies chroniques et du handicap), la tendance à la diminution des DMS en court séjour, la prise en charge globale du patient comme mode de prise en charge innovant par ce secteur ont conduit à actualiser le dispositif réglementaire de cette discipline afin de lui donner de la lisibilité pour accompagner son développement et structurer son activité. Suite à la publication de ces décrets et leur mise en oeuvre, l'ARH Picardie a procédé à la révision du volet SSR de son SROS 3 (voir date). L'accessibilité à des structures de proximité, la promotion des CHT et GCS et les



coopérations et complémentarités entre les structures de SSR font partie des grands principes d'organisation sanitaire des SSR.

Afin de construire le projet de l'unité SSR de l'HL en étroite partenariat avec le CHB, la constitution et la mise en place d'un comité de pilotage intégrant des professionnels des 2 structures est apparu comme un outil simple et opérationnel au service d'une stratégie de management. Il s'agit bien pour le directeur-manager d'adopter un mode de management adapté et approprié qui va lui permettre d'asseoir et pourquoi pas d'accroître sa légitimité et d'accompagner ses équipes dans l'évolution de l'établissement afin d'assurer à long terme sa pérennité et sa viabilité.

La conduite du changement dans le cadre d'une coopération relève d'une démarche stratégique et d'une nouvelle forme de management. Celle-ci ne va pas de soi, peut s'avérer délicate et nécessite de la part de l'ensemble des acteurs engagés des remises en question, voir même des renoncements et un travail de pédagogie du directeur auprès des équipes non négligeable.

## **2 LE COMITE DE PILOTAGE DU PROJET DE L'UNITE SSR : PREMIERE ETAPE OU PREMIERE PIERRE DANS LA CONSTRUCTION DE CETTE COOPERATION**

Construire un projet demande du temps. Construire un projet dans le cadre d'une coopération nécessite du temps et beaucoup de pédagogie. Cette coopération, imposée au départ par la Tutelle puis imposée ensuite par la direction du CHB aux membres du pôle de gérontologie du CHB et au directeur délégué et ensuite par le directeur délégué lui-même aux professionnels de santé de l'HL n'est pas née d'une démarche volontaire de chacun des acteurs. Au-delà de la dimension managériale et stratégique de ce projet, la prise en compte du facteur humain paraît importante sinon primordiale afin de susciter l'adhésion et l'implication du personnel et d'appréhender les facteurs de résistance qui ne manquent pas de se manifester et de prendre corps lorsqu'un projet nouveau voit le jour. Informer, sensibiliser aux enjeux, expliquer, anticiper certaines craintes sont l'un des aspects importants et riches des multiples facettes que comporte le métier de directeur. L'existence d'une convention commune de direction, qui a peut-être favorisée au départ cette coopération, ne l'a peut-être pas pour autant facilitée et a semble-t-il été source d'inquiétude et de difficulté supplémentaire : qui fait quoi ? par qui va être recruté le personnel du futur SSR ? Positionnement du directeur délégué dans le cadre de cette coopération ?

L'analyse des entretiens effectués auprès des membres du comité de pilotage permet de rendre compte des différentes problématiques et questionnements liés à la création d'un service de SSR dans le cadre d'une coopération à l'ère de la loi HPST. L'importance du management dans la conduite de projet et du changement, la mise en place effective du comité de pilotage (2.1), le degré d'implication des différents acteurs et la construction d'outils élaborés conjointement (2.2) sont des pré-requis nécessaires indispensables à la poursuite et à la réussite de ce projet.

### **2.1 Management et mode de management dans la conduite du projet**

#### **2.1.1 Rôle du directeur manager dans la transformation de son établissement**

##### **A) Management, direction commune et coopération**

Le rôle du directeur dans le domaine du management du changement et la façon dont il s'organise pour mener à bien cette mission fait partie des compétences requises pour l'exercice du métier de directeur. Savoir être, savoir faire, mobilisation des énergies et des compétences de ses collaborateurs et des équipes font partie des compétences requises

de l'exercice au quotidien du métier de directeur. Le directeur délégué de l'HL, au-delà de la dimension stratégique du projet de l'unité SSR, doit adopter un mode de management capable de susciter l'adhésion des personnes dans le sens de la réalisation des objectifs que l'organisation s'est fixée, tout en étant lui-même intégré à une équipe de direction et sous l'autorité d'un directeur général du fait de l'existence d'une convention commune de direction. Le directeur du CHB assure les fonctions de direction de l'HL et en est le responsable juridique tandis que le directeur délégué, sur place, assure la gestion au quotidien de cet établissement. Pour le personnel de l'HL, c'est le directeur délégué qui est responsable de la structure. La direction commune instituée entre les 2 établissements instaure une certaine confusion, du fait peut-être de son manque de formalisme et d'actualisation. L'arbre décisionnel n'étant pas suffisamment connu (qui fait quoi et jusqu'où) et bien établi, fait naître des craintes et des appréhensions, qui ressortent de l'analyse des entretiens. Quelle place accordée et doit jouer le directeur délégué, dans ce projet co-construit avec l'hôpital pivot ? Plus qu'un mode opératoire, la coopération peut devenir très vite un enjeu stratégique et de stratégie de jeux de pouvoir pour les managers. L'existence d'une convention de direction commune participe pleinement à ce processus. Ainsi, le calendrier des travaux du comité de pilotage a été déterminé par le CHB sans véritable concertation avec l'HL, ce qui peut freiner l'adhésion ou faire naître des réticences de certains personnels à ce projet. Le directeur délégué lui-même peut voir sa légitimité et son autorité remises en cause s'il n'a pas participé à une décision qui engageait ou concernait l'HL. Le personnel peut aussi percevoir ses failles dans le système de direction commune et faire jouer ses intérêts propres. Au-delà de ses difficultés, il appartient au directeur de surmonter ses propres appréhensions afin de conduire une politique de changement au sein de son établissement tout en ne sous-estimant pas le facteur humain au regard des enjeux stratégiques portés par ce projet.

B) Le manager dans la conduite du changement ou binôme maire directeur délégué

Une des missions principales du métier de directeur et l'un de ses attraits principaux consiste sans nul doute à conduire les hommes et les projets. Construire un projet, le porter et le mener à son terme est un challenge qui engage le directeur, ses collaborateurs et ses équipes. L'ouverture d'un service nouveau et l'élaboration d'un projet médical en partenariat étroit avec le CHB vont nécessairement induire des changements à court, moyen et long terme pour l'établissement et l'ensemble de ses agents. La réussite d'un tel projet et son émulation nécessite à la base un consensus de l'ensemble des partenaires internes et externes qui vont s'engager dans celui-ci et entraîner l'établissement dans un processus de changement.

Même si les choses risquent d'évoluer rapidement avec la loi HPST, le maire, président de droit du conseil d'administration, dispose toujours pour le moment, d'un poids et d'un pouvoir important dans les décisions qui seront prises ensuite par le directeur. Dans les HL, situés pour la plupart en zone rurale, et c'est le cas pour l'HL Jean-Baptiste CARON, les premiers magistrats de la commune sont particulièrement attachés à leurs établissements et à leur mandat de président. Ceci revêt évidemment un intérêt stratégique lorsque l'HL est le premier employeur de la commune. Le maire de Crèvecœur-le-Grand a été associé très en amont au projet, important pour la ville et l'HL et a été très présent aux réunions qui ont précédé sa mise en place. Les stratégies de regroupements d'établissements en cours suscitent une forte inquiétude des maires de voir certains emplois disparaître ou redéployés ailleurs. Le contexte actuel renforce ces craintes. Suite à la publication du rapport LARCHER en 2008, l'association des maires de France indique qu'elle souscrit à l'idée de favoriser la coopération et la complémentarité entre établissements à condition que les futures CHT n'aient pas pour effet de vider les petits hôpitaux de leurs services médicaux et chirurgicaux les transformant ainsi en établissements gérontologiques, que la mise en œuvre de cette réforme soit basée sur le volontariat et qu'elle n'affaiblisse pas la place des élus dans les structures de gouvernance. La loi HPST nouvellement votée remplace les CA par les conseils de surveillance où le président sera élu parmi les membres du collège des collectivités territoriales ou celui des personnalités qualifiées. La présidence du CA ne revient plus de droit aux maires. Il est bien sûr trop tôt pour mesurer l'impact de cette disposition de la loi mais il est probable que la forte implication des maires dans la gestion des petits établissements et leur influence ne s'arrêtera pas sitôt cette loi adoptée.

S'il n'est pas question de transformer l'HL en structure à vocation gériatrique puisqu'il est déjà centré sur la thématique de la personne âgée mais à l'inverse d'introduire et de développer une activité d'excellence qui tranchera avec les unités actuelles d'hébergement, les réticences, les craintes, les fantasmes (« le grand frère mange le petit », crainte de l'HL de se faire « avaler ») et les images projetées sont perceptibles et peuvent constituer un frein important dans la réalisation du projet.

Le binôme maire-directeur délégué joue un rôle moteur dans l'information délivrée aux instances et au personnel sur le projet. C'est en cela qu'il s'inscrit également dans une démarche stratégique qui pourra influencer sur la conduite du projet. Les attentes qu'il suscite, les craintes qu'il soulève sont autant de questionnements auxquels ils vont se trouver confrontés en leur qualité de dirigeants et auxquels ils devront répondre pour atteindre les objectifs fixés. L'atteinte de ces objectifs passe par un mode de management adapté et approprié qui relève de la seule compétence du directeur.

### C) Un outil opérationnel au service du directeur : le management participatif

Pour LOUBAT, le management est l'art de mobiliser les hommes pour atteindre un objectif commun. La démarche participative quant à elle place l'acteur, l'homme au centre de ses préoccupations. Ces deux définitions donnent une approche du management participatif qui semble adapté à la démarche de projet et aussi à la gestion actuelle des établissements de santé. Si certes, le management est aussi étroitement lié au style personnel du manager, le mode de management choisi relève d'un choix décisif et stratégique du directeur. Ces dernières années, les comités de pilotage, les groupes de travail mis en place pour l'élaboration des PE et lors des démarches d'accréditation et de certification démontrent que le management participatif a toute sa place. Ainsi, à l'HL est organisé, depuis l'arrivée du directeur délégué, une réunion bi-mensuelle des responsables de services non médicaux (services techniques, cuisine, lingerie, informatique, cadre de santé) qui permet de faire le point sur toutes les problématiques rencontrées par les différents responsables, de les faire se rencontrer entre eux et de débattre ouvertement de certains points qui souvent résultent d'une incompréhension ou tout simplement d'un manque d'information et de communication des différents services entre eux.

Le comité de pilotage mis en place pour le projet SSR et les différents groupes de travail créés à cette occasion de même que l'actualisation en cours du PE de l'HL s'inscrivent dans cette démarche participative qui place l'agent en situation d'acteur-concepteur en l'impliquant et le responsabilisant ainsi aux enjeux liés à la création de ce projet auquel il va participer à part entière afin de répondre aux objectifs qualitatifs et quantitatifs que s'est fixée l'organisation. La participation des équipes et de chacun des membres qui la compose nécessite un travail de pédagogie non négligeable de la part du directeur d'autant plus que le projet en cours aura des répercussions importantes sur la vie de l'établissement et ses activités futures et sur les pratiques professionnelles des personnes y travaillant.

Le management participatif, s'il ne répond à aucune règle formelle, a néanmoins pour but de faire fonctionner correctement les règles et les procédures en vigueur dans l'établissement. L'intuition, la créativité, l'expérience, la détermination sont de précieux atouts dans la mise en place et l'application au quotidien de la démarche participative. Il s'agit bien pour le directeur de transformer les obstacles pouvant survenir à toute étape d'un processus en opportunités et d'organiser les énergies et les résistances pour tendre vers un objectif et atteindre cet objectif commun. Le comité de pilotage mis en place pour le projet SSR a été ressenti par bon nombre de ses membres comme un outil de consensus et non de contrainte même si la coopération initiée au départ relevait elle plus de la contrainte que du volontariat et de l'engagement personnel. Les membres du CP ont pu échanger sur leurs pratiques et se rendre compte que les difficultés des uns sont aussi

les difficultés des autres (charge de travail, absentéisme...). Le travail de groupe met différents acteurs et facteurs en interactions où les compétences individuelles de chacun d'une part et la force du groupe d'autre part vont permettre à l'organisation d'évoluer et de disposer d'équipes performantes. Le management participatif constitue à la fois un outil stratégique et opérationnel au service du directeur et apparaît comme l'une des méthodes opérationnelles les mieux adaptées pour amener et mener les équipes à adhérer à un projet et collaborer avec d'autres professionnels de santé. Une fois ce mode de management défini, la mise en place effective du CP constitue également une phase importante et déterminante dans la construction de cette coopération

### **2.1.2 Création et mise en place du comité de pilotage**

#### A) La composition du CP : traduction visible et concrète de cette coopération

Précédant la mise en place du CP, quelques réunions informelles sur le projet SSR s'étaient tenues au CHB et à l'HL en présence des professionnels de santé des 2 structures. Tout naturellement, il a été proposé que les personnes présentes à ces réunions intègrent la composition du CP du projet SSR. La première réunion du CP s'est donc tenue le 29 janvier à l'HL. Cette première réunion s'est déroulée dans un climat assez tendu, voir agressif. Une des craintes principales du personnel de l'HL était que ce projet de partenariat soit le premier pas vers une absorption et une fusion avec le CHB. Les hôpitaux locaux, il est vrai, ont une tradition d'indépendance forte et la coopération ne peut pas se construire en faisant abstraction de la culture et l'histoire propre de chaque établissement. La présence des professionnels de santé du CHB a été ressentie comme une véritable ingérence dans les « affaires privées » de l'HL alors que ces mêmes professionnels n'avaient pas forcément de motivations particulières dans la construction du projet dans la mesure où il leur avait été imposé. Il pouvait même être perçu au départ comme une charge de travail supplémentaire. Cette « impression de venir en ennemi alors qu'ils venaient pour aider et apporter leur expertise » aurait pu laisser un goût amer. D'un point de vue descendant, le CHB n'avait rien à gagner d'aider l'HL. Mais cette vision sectaire et passéiste s'est très vite dissipée au fur et à mesure que le CP se réunissait ainsi que les groupes de travail.

La co-construction d'un projet demande beaucoup de savoir-être et de savoir-faire à ses pilotes. La directrice adjointe du CHB a été chargée du pilotage du projet en partenariat avec le directeur délégué. Le pilotage du projet médical SSR a été confié au chef du pôle de gérontologie du CHB. Lors de l'ouverture du SSR de l'HL, cette unité organisée de manière conjointe avec l'unité SSR du CHB sera placée sous sa responsabilité du fait de la définition d'un organigramme médical partagé entre les 2 services. A noter que le pôle de gérontologie du CHB est le plus structuré de Picardie et que son chef de pôle a été le chef

de projet de la révision du SROS 3 gériatrique. Le pilotage du projet de soin SSR est lui revenu à la directrice des soins du CHB, référente de cette collaboration en accord avec le directeur du CHB et le directeur délégué. La multiplicité des pilotes dont 3 sur 4 travaillent au CHB explique aussi en partie les grandes réticences de départ d'une partie des professionnels de l'HL et la difficulté pour eux d'identifier les rôles, missions et responsabilités de chacun dans cette phase importante d'élaboration du projet.

Au fil des réunions du CP, les relations se sont détendues et le climat de méfiance du départ a cédé la place à un grand climat de confiance et de sérénité et à des débats plus performants et professionnels. Le CH a rassuré le personnel de l'HL sur sa crainte d'être absorbé par le CHB. « On ne recherche pas la fusion mais le renforcement mutuel. De ce fait, les tensions perceptibles au démarrage du projet se sont peu à peu estompées. Il est important d'être clair par rapport aux attentes de chacun, de l'exprimer, de le dire et de l'écrire. Une fois les règles de la coopération fixées d'un commun accord dans le cadre du CP, l'intérêt du projet dans le cadre d'une coopération prend alors toute sa dimension.

B) De l'apprentissage et la nécessité du « travailler ensemble »...au partage de valeurs communes

La circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'HL rappelle dans son chapitre consacré à l'HL et ses complémentarités que la complémentarité doit être un point clé du projet médical des hôpitaux locaux. Celle-ci s'exprime à travers des conventions effectives conclues avec les établissements de santé de référence et leur participation à des réseaux avec les acteurs locaux sanitaires et sociaux.

La coopération en cours pour ce projet SSR est un moyen d'améliorer les partenariats existants avec pour objectif majeur l'amélioration de la fluidité du parcours du patient et par là-même l'objectivation de sa prise en charge en le plaçant au cœur du dispositif. Cette coopération va aussi permettre le décloisonnement et développer des synergies liées au travail en commun. Alors qu'auparavant chacun était autonome, une réflexion plus structurée va permettre un travail en cohérence sur des projets communs et concourir à améliorer la continuité du parcours du patient.

(voir les 2 versions de la coopération)

L'apprentissage et la nécessité du « travailler ensemble » ne se décrète pas et requiert de l'habileté, du savoir faire et de la psychologie. Coopérer ou collaborer ne signifie pas que l'HL va perdre son identité et les professionnels qui y travaillent leurs repères. Dans le cadre de ce partenariat poussé, une vraie collaboration passe par le respect et le maintien de l'identité et de la culture internes de chaque établissement. Chaque établissement a son histoire, ce qui n'exclut pas le partage de valeurs communes. Le respect des identités institutionnelle et professionnelle doit être préservé sous peine de repli sur soi. Un des membres du CP du CHB, en évoquant les premières réunions du CP et les tensions et

craintes évoquées plus haut, a employé le terme d'homéostasie qui consiste en la capacité que peut avoir un système quelconque à conserver son équilibre de fonctionnement en dépit des contraintes qui lui sont extérieures. Claude BERNARD pense que l'homéostasie est l'équilibre dynamique qui nous maintient en vie. Toute conduite de projet et de changement, au-delà de l'intérêt stratégique qu'elle représente, ne doit pas sous-estimer et négliger le facteur humain sur lequel reposera la future organisation. Les peurs des professionnels du terrain ne doivent pas être occultées. Ceux qui sont là depuis longtemps, même à une position stratégique, ont développé un sentiment très fort d'appartenance à leur structure et aller trop vite dans la réalisation du projet risquerait de les braquer et d'entraver cette construction commune. L'imposition d'un fonctionnement non adapté à l'histoire de l'établissement pourrait compromettre le projet. Il faut faire les choses de façon graduelle en prenant la mesure du terrain pour amener les gens à la réflexion qu'ils adhèrent ou non au projet. Un cheminement est en cours dès lors que des questions sont posées.

L'adhésion de certains acteurs de l'HL au projet a été facilitée de par leurs liens antérieurs avec le CHB. Ainsi, le praticien hospitalier de l'USLD exerce au CHB à mi-temps et est mis à disposition à raison de à l'HL. De même, le cadre de santé de l'HL (un cadre de santé pour l'ensemble de l'HL) y travaille depuis juin 2008 et travaillait précédemment au CHB. Ce lien de départ du cadre de santé avec son hôpital d'origine a beaucoup facilité les échanges entre les 2 structures. Toutefois, un point de vigilance s'impose du fait du peu d'ancienneté de ce cadre. Elle doit en effet s'approprier la culture de l'établissement avant d'importer certains savoir-faire du CHB (procédures ou protocoles) qui pourraient être mal vécues de la part du personnel et de la direction. Chaque acteur a sa propre vision des choses. Les visions vont dans le même sens, se croisent ou se heurtent. Aussi, chaque étape du projet doit se faire de façon progressive pour amener les acteurs impliqués dans le projet à eux-mêmes se l'approprier et être ainsi acteur à part entière des changements en cours.

Alors que le comité de pilotage a plus été perçu comme « un moyen de rassembler les parties prenantes autour du projet » et un outil de consensus, les groupes de travail, plus informels, ont été perçus comme un outil d'approfondissement des connaissances. D'une certaine manière, les professionnels de santé se sont sentis plus à l'aise et se sont pleinement retrouvés dans les groupes de travail (groupes de travail projet médical et de soin) où l'envie de partager et d'échanger ses pratiques a cédé la place aux enjeux politiques et de pouvoir qui pouvaient parfois ressortir et être ressentis lors des débats et échanges en CP. Le CP réunit à la fois la direction, les cadres et les personnels. C'est ce comité qui valide, modifie ou invalide le travail réalisé dans les groupes de travail thématiques. Dans ces groupes, « on travaille sur le cœur de ce qu'on va faire » : l'accueil du patient et sa prise en charge, l'organisation des transports, le dossier d'admission.



« L'on peut coopérer en gardant son âme mais en se transformant aussi ». Cette évolution et cette transformation passent par le partage de valeurs communes. L'élaboration d'outils construits conjointement pour l'organisation future du SSR va aider à dépasser la culture d'établissement et locale, sans pour autant y renoncer, entraîner une dynamique au sein du groupe et permettre de clarifier les champs d'intervention des uns et des autres.

## **2.2 Des outils construits ensemble : le projet médical et de soin et la charte de fonctionnement du futur SSR**

### **2.2.1 Symbolique et force de ses outils**

#### A) Arbitrage et légitimité du CP

Les membres du CP et des groupes de travail thématiques (projet médical et de soin) réunis depuis janvier 2008, une fois la période « d'apprivoisement » et d'observation passée, ont produit des documents qui vont poser les principes de fonctionnement de l'organisation future du SSR. Comme tout projet nouveau, cela suppose des tâtonnements lors de la mise en route et des maladresses qu'il faut parfois réajuster en chemin pour ne pas perdre de vue les objectifs fixés.

Les 3 outils construits en commun sont respectivement : la charte de fonctionnement, le projet médical et le projet de soin de l'unité SSR de l'HL.

L'analyse des entretiens montre et démontre que le fait de travailler ensemble et de fixer les choses en les écrivant va tisser sinon renforcer les liens et concourir largement au partage de valeurs communes. Alors que la convergence vers une identité commune demande du temps et peut être du renoncement, le partage de valeurs communes permet des échanges constructifs et s'attache à respecter l'identité des uns et des autres.

La charte de fonctionnement : elle a vocation à définir les modalités de fonctionnement de l'unité SSR de l'HL dans le cadre de la coopération initiée avec le CHB afin d'assurer la continuité et la permanence des soins dans les meilleures conditions de sécurité pour les patients. « C'est un document de référence qui va fixer des grands principes, le tout en cohérence avec le projet médical et de soin ». Dans son introduction, la charte rappelle les valeurs partagées auxquelles adhèrent les acteurs (compétences, devoirs...). Il y est fait aussi référence à la CHT et à l'engagement des acteurs sur la coopération. Lors du CP du 7 mai 2009, une discussion a eu lieu sur le terme même de charte de fonctionnement. Pourquoi ce mot plutôt que celui de règlement ? Il existe actuellement beaucoup de chartes (charte de la personne accueillie, charte de la personne âgée dépendante...) et le mot règlement peut paraître plus approprié. La charte ou règlement de fonctionnement ne devra pas être confondue avec le règlement intérieur propre à

chaque unité de SSR. Une charte n'a qu'une valeur indicative et n'est pas opposable contrairement à un règlement. Elle renvoie plutôt à un questionnement philosophique ou à un engagement éthique et essaie de tendre vers un soin de qualité et pose un certain nombre de règles, de tendances. Le règlement a un caractère beaucoup plus contraignant. Il a finalement été préféré le terme charte dans la mesure où il suppose une concertation préalable entre les différents acteurs. Le terme règlement est imposant et relève moins du consensus. Un ensemble de personnes peut adhérer à une charte qui peut elle-même évoluer et permettre aussi de partager certaines valeurs. Il s'agit d'un accord consensuel sur la façon de mettre en place un règlement.

Suite à des recherches effectuées auprès de l'ANHL concernant un modèle de charte de fonctionnement, 2 modèles de convention m'ont été transmis. Quelques éléments de celle-ci sont venus alimenter cette charte. L'HL de Cancale est dans le même cas de figure que l'HL de Crèvecoeur-le-Grand. Cet établissement est en direction commune avec le CH de Saint Malo et le CH de Dinan depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Cette organisation préfigure la mise en place de la première CHT de Bretagne. Cet HL a « abandonné » son activité de médecine au profit du SSR et cette activité devrait être augmentée de 8 lits supplémentaires par transformation de lits d'USLD. Ce partenariat s'est d'ores et déjà concrétisé par le partage de 2 gériatres entre l'HL et le CH de Saint Malo (convention de temps médical) et la rédaction d'un projet médical associant les 3 établissements est actuellement en cours d'étude.

La charte de fonctionnement entre l'HL et le CHB est amenée à évoluer dans le temps avec l'élargissement de l'unité de 20 à 40 lits. Le passage à cette seconde étape entraînera en effet des changements dans le fonctionnement courant de l'unité.

Le projet médical : il s'agit d'une base écrite de fonctionnement. Ce projet en partenariat est très nouveau pour les médecins du futur SSR et les personnels de l'HL. 2 médecins de l'HL dont le médecin coordonnateur (effectif médecin) sont intéressés pour venir travailler dans ce nouveau service. « Un HL n'a pas toujours les moyens et l'expérience pour construire des projets ambitieux ». Etre accolé à un hôpital pivot qui a de l'expérience ne peut être que positif. Pour l'ensemble des médecins, le « rattachement » de l'HL au CHB pour ce projet est une force. Aujourd'hui, on ne peut plus travailler tout seul. Les alliances sont nécessaires. L'HL va s'inscrire dans une approche globale de la personne âgée d'une plus grande expertise. Le recours à un plateau technique, des professionnels formés et dispensant des soins d'une plus grande technicité vont tirer vers le haut l'HL. Cette dynamique va bénéficier à l'ensemble de la structure et pas uniquement au SSR. Ce projet médical décliné en 5 parties : présentation de l'unité, prise en charge, compétences médicales et soignantes, continuité et coordination des soins et partenaires, va s'intégrer, tout comme le projet de soin, dans le PE en cours de réactualisation et fixe, à l'instar de la charte de fonctionnement, les grands principes du

fonctionnement médical de l'unité SSR de l'HL. Le médecin responsable de l'unité SSR du CHB indique « qu'il faut des années pour mettre sur pied une équipe performante. Même au CHB, des choses sont à améliorer. » De plus, les équipes bougent. Il existe toujours un décalage entre la projection d'un fonctionnement idéal et ce qui va se passer réellement. « C'est une chose d'écrire et de tracer sur le papier, cela en est une autre de la mettre en place ». Certains objectifs ne seront pas forcément atteints tout de suite et des ajustements seront nécessaires.

Le projet de soin : ce projet de soin dont la trame a été conçue et réalisée en concertation entre le cadre de santé de l'HL et le cadre supérieur de santé du CHB va permettre de donner des orientations et d'inscrire les actions à mener lorsque le service sera ouvert. Il permet de donner le cap, le tout en lien avec la démarche qualité et le PE de l'HL. Tout comme le projet médical pour les médecins, le projet de soin va favoriser l'émergence d'une entité et d'une identité professionnelle au niveau des soignants. Cet outil de travail va poser des principes de fonctionnement qui vont permettre de fédérer et de clarifier les champs de compétences et d'intervention des uns et des autres. Les limites et les marges de manœuvre possibles de chaque établissement seront prises en compte dans chaque étape du projet afin d'optimiser les prises en charge futures. Il s'agit de décliner en objectifs précis et réalisables la politique de prise en soins du patient (accueil, transport, dossier d'admission, transfert...), d'adopter un langage commun des deux côtés et de s'entendre sur les axes de travail pour s'améliorer et ainsi travailler vers l'efficacité. Ce projet de soin auquel le personnel a participé repose sur des valeurs au service du patient. Il est ressorti de ce projet de soin deux axes importants : la prise en charge du patient et le niveau de compétence des professionnels.

Le fait d'écrire en commun tous ces outils dans lesquels sont rappelés les principes et valeurs communes sur lesquels vont travailler les professionnels va renforcer les liens et faire naître une vraie collaboration de par le partage d'expériences et l'échange des pratiques. Une fois ces outils construits et validés par l'ensemble des membres du CP, la prochaine étape des groupes de travail a résidé dans la déclinaison opérationnelle des objectifs de prise en charge du patient (modalités de prise en charge : accueil du patient... repérage spécifique des besoins de formation du personnel, prises en charge spécifiques des patients...) sous forme de fiches actions. Ce travail se poursuit toujours.

#### B) Mise en place du CP égal évolution dans la vision, échange des pratiques

Pour l'ensemble des acteurs interrogés, l'introduction d'une discipline nouvelle va faire évoluer l'image de l'HL de manière positive. L'image de mouvoir et d'ancien hospice encore parfois véhiculée et qui m'a été renvoyée une fois lors des entretiens va être gommée par l'arrivée du SSR. L'HL va arriver à donner une autre image que

l'accompagnement de fin de vie. L'image de la vieillesse et la mort font peur à la population. En proposant cette activité de SSR, l'HL va être considéré comme un lieu de spécialistes, porteur d'avenir et non plus comme un établissement « sans visée curative et dispensant peu de soins techniques ». Alors qu'au moment de l'admission d'un résident en EHPAD, la priorité absolue doit être le maintien à l'identique de la qualité de vie qu'il avait précédemment sans objectif de retour à domicile hormis quelques rares exceptions, l'admission d'un patient en SSR suppose un projet thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué dont l'objectif de réadaptation et de retour à domicile sont prioritaires.

Ces dernières années, bon nombre d'hôpitaux locaux ont dû abandonner leur plateau technique. Se reconvertir est une nécessité pour survivre et il faut rester attractif. Si la coopération permet de travailler ensemble et de mieux se connaître, elle possède aussi cet avantage de faciliter certains recrutements essentiellement médicaux et de direction. Le sentiment d'appartenance à une communauté médicale peut jouer un rôle important dans le recrutement d'un praticien hospitalier. Le fait d'appartenir à une communauté scientifique pourra estomper le sentiment d'isolement s'il choisit d'exercer en HL.

La création de ce SSR va permettre d'étendre les besoins de santé à la population locale et aussi de créer des emplois. « S'adapter aux besoins de la population et les anticiper et pourquoi par même les créer ». L'HL ne doit pas hésiter à afficher une ou deux spécificités qui vont lui permettre de sortir de l'anonymat. Si l'établissement arrive à bien s'approprier le projet du service de SSR et à bien faire tourner cette activité, celle-ci pourra rayonner sur l'ensemble de l'HL, la population de sa ville et alentours et au-delà sans oublier les professionnels de santé. Pour cela, s'appuyer sur l'expertise de l'hôpital pivot est une excellente chose et une des conditions de la réussite si l'HL ne veut pas mettre plusieurs années à mettre en place cette activité nouvelle. L'articulation avec le CHB et son expérience en matière de SSR va permettre à l'HL de comprendre comment fonctionne un service de SSR pour parvenir à le modéliser.

On l'a vu, la création d'un SSR aura un impact positif sur l'image de l'HL. Depuis la mise en place du CP et des groupes de travail, les échanges de pratiques ont eux aussi participé ou anticiper le changement et ont été d'un grand apprentissage pour les professionnels des 2 structures engagées dans cette coopération.

#### C) CP + groupes de travail = structuration du groupe et dépassement

« La frontière est mince entre un CH et un HL dès lors que l'on se met autour d'une table. Cet extrait d'entretien d'un professionnel du CH montre qu'il n'existe pas de fossé de connaissances au niveau de la méthodologie et des techniques de soins entre les personnels des 2 structures. Le CP et les groupes de travail ont été l'occasion de

débattre, de confronter, d'échanger et aussi de découvrir ce qui se faisait de mieux chez l'autre. Il s'agit d'optimiser les pratiques de chaque établissement par le partage de ces pratiques. « On a révélé aux gens des ressources qu'ils n'imaginaient pas avoir ». La construction d'outils communs a entraîné un mouvement et une dynamique dans le groupe qui a permis de surmonter bien des craintes et au projet de prendre toute sa dimension. Des explications ont été apportées au personnel de l'HL sur le contenu de la charte de fonctionnement qui stipule au 5<sup>ème</sup> paragraphe du préambule que « le personnel soignant relève de chacun des établissements mais les organisations de travail et les pratiques soignantes font l'objet d'une harmonisation entre le CHB et l'HL. Les organisations de travail touchent à la prise en charge du patient (protocoles, dossier de soins, formation...). Il est bien spécifié dans cette phrase que le personnel soignant relève de chacun des établissements d'origine. Les plannings du personnel paramédical restent de la compétence interne de chaque établissement.

De même, l'élaboration des profils de poste concernant le personnel paramédical pourra être le fruit d'un travail commun mais la construction de fiche de recrutement reste de la compétence exclusive de l'HL. Il appartient à l'HL de mettre en place une politique de recrutement et de procéder aux recrutements dont il aura besoin en s'appuyant sur des profils de poste élaborés en commun. Toute mainmise du CHB serait mal vécue de la part de la direction et du personnel de l'HL. L'interchangeabilité possible du personnel entre les établissements était une crainte faisait partie des craintes du personnel de l'HL.

L'élaboration concertée de documents a donné envie aux professionnels du CHB de faire la même chose pour leur unité de SSR. Celle-ci ne dispose pas de règlement intérieur et l'obligation de se poser pour construire la charte de fonctionnement du SSR de l'HL permet d'avoir un reflet et un regard sur ses propres pratiques. Ces temps d'arrêt sont extrêmement précieux dans la mesure où ils permettent réfléchir et de mettre en avant ce qu'on a de meilleur sur ses pratiques. Les groupes de travail ont permis de découvrir pour chacun de ses membres d'autres concepts de soins et d'accompagnement. « Les soignants du CHB peuvent s'inspirer de la prise en charge et en soins des résidents de l'HL ». A l'inverse, l'HL va profiter de compétences techniques (documents qualité, protocoles) du CHB. Si les compétences ne sont pas complètement superposables, les spécialités de SSR étant différentes dans chaque unité, des complémentarités et des savoir-faire seront à prendre des deux côtés. Chacun a pu saisir les enrichissements envisageables dans le cadre d'un travail commun. Cette collaboration entre soignants a été très positive et chacun s'est retrouvé dans ce projet. L'éclairage des soignants du SSR du CHB a été précieux pour aborder l'organisation des soins. Une bonne dynamique a été trouvée d'emblée et les soignants de l'HL ont un très bon retour sur ce travail en équipe.

## **2.2.2 Arbitrage et légitimité du CP dans le choix de la prise en charge des spécialités de SSR à l'HL**

- A) Spécialités retenues dans le projet médical du SSR : choix important HL (pas de plateau technique et environnement (concurrence))

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 ne prévoit qu'une seule modalité d'autorisation : il s'agit de l'autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes (SSR indifférencié au polyvalent) avec des possibilités de mentions complémentaires. Cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ou adolescents, à titre exclusif ou non. La mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR peut être indiquée pour les affections suivantes :

- De l'appareil locomoteur,
- Du système nerveux,
- Cardio-vasculaires,
- Respiratoires
- Des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
- Onco-hématologiques,
- Des brûlés,
- Liées aux conduites addictives
- Des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

A noter qu'un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.

La construction du SSR atteste du dynamisme de l'HL qui doit bien réfléchir sur les types de prise en charge qu'il prendra ou ne prendra pas dans ce nouveau service. Les spécialités à définir détermineront le choix des patients à accueillir. Il est primordial de bien réfléchir sur ces spécialités et de sérier les pathologies de convalescence. Il faut garder à l'esprit la valorisation des séjours d'où l'importance de bien définir les patients afin que le séjour soit équilibré financièrement. Le groupe de travail « projet médical » a axé ainsi sa réflexion sur 2 axes importants : la typologie des patients et les effectifs médicaux nécessaires. La réflexion et les débats menés sur les types de prise en charge ont tenu compte des éléments suivants :

- Critère d'inclusion,
- Types de prise en charge ne pouvant être effectués,
- Nombre de praticiens,
- Activités d'astreintes 7j/7j, la nature même de l'activité nécessitant une présence médicale,
- Nécessaire attractivité pour les médecins,

- Articulation avec le CHB : optimisation de chacune des structures,
- Les besoins de la population, la situation géographique de l'HL et les transports (pour les patients et leurs proches). La problématique des transports pouvant être appréhendée dans le cadre du projet de CHT.

Au regard de l'orientation essentiellement gériatrique de l'HL, la prise en charge apparaît comme particulièrement opérante concernant les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les objectifs de cette prise en charge (fiche I circulaire du 3 octobre 2008) sont de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques les plus satisfaisantes possible, dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patient âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique. Aussi, les 20 premiers lits du « château » pourraient accueillir cette spécialisation au titre de l'activité de SSR.

Alors que l'avenant initial au CPOM préparé conjointement par la DDASS, le corps médical et la direction de l'HL avait inscrit des spécialités bien déterminées (affections oncohématologiques gériatriques, affections cardio-vasculaires gériatriques, affections respiratoires gériatriques...), le CP du 26 mars 2009 a retenu les termes de la circulaire du 3 octobre 2008 : prise en charge des affections des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance. Le chef du pôle de gérontologie du CHB indique que ce terme permet une prise en charge plus diversifiée que celle inscrite dans le CPOM. Un cadre trop restrictif du point de vue de l'identification des pathologies prises en charge pourrait nuire au bon fonctionnement du service. Il est préférable de prendre pour cadre général la prise en charge des personnes âgées et de rester large au départ. Les médecins et les soignants développeront progressivement des expertises. Le cas échéant, le projet médical aura vocation à être adapté. Les prises en charge seront aussi conditionnées par la présence ou non d'un plateau technique et la mise en place d'un nouveau service nécessite toujours un temps de mise en route. A titre d'exemple, l'ouverture du service d'HAD du CHB ne s'est pas faite sur des critères stricts de pathologies. Ce choix permet à l'HAD de prendre en charge tous types de malades même si une expertise s'est progressivement construite sur le soin des patients cancéreux (actuellement, 80 % des patients bénéficiaires de ce service relèvent de la cancérologie). La DAG du CHB signale que la spécialisation précisée dans l'avenant nouvelle version du CPOM de l'HL comprend bien les types de prise en charge identifiés par les médecins de l'HL mais sous un item générique qui est celui de la circulaire du 3 octobre 2008.

Deux types de contraintes amèneront toutefois à restreindre les choix de prise en charge. D'une part, les contraintes architecturales et d'autre part les contraintes liées à l'éloignement du plateau technique.

#### Contraintes architecturales :

La première tranche de l'unité SSR, aile dite « le Château », est en effet répartie de la manière suivante :

- Rez-de-chaussée : différents espaces (bureaux des médecins et du cadre de santé, consultations spécialisées, salle à manger des patients et du personnel, salle d'animation...),
- 1<sup>er</sup> étage : 14 chambres simples et 3 chambres doubles,
- Second étage : différents bureaux (coordination SSIAD...).

L'unité SSR accueillera les patients au premier étage de son bâtiment. Pour cette raison a été écartée d'emblée la mise en place d'une unité cognitivo-comportementale prévue dans le plan Alzheimer 2008-2012. Le cahier des charges de ces unités contenu à l'annexe III de la circulaire n° 2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre de ce plan prévoit un espace de déambulation, un environnement sécurisé et rassurant et du personnel dédié et spécifique dans le soin et l'accompagnement de cette maladie. La configuration de cet ancien bâtiment et son architecture ne permettent pas l'aménagement d'une telle unité. De même, le 1<sup>er</sup> étage de la Résidence des Fleurs (actuellement occupé par l'USLD) où sont prévus 6 chambres simples et 7 chambres doubles est peu propice à l'aménagement de ce type d'unité tant les exigences du cahier des charges architectural sont contraignantes.

#### Contraintes liées à l'éloignement du plateau technique :

Si l'unité SSR de l'HL comprend des locaux de rééducation et de réadaptation pour y pratiquer de la kinésithérapie, de l'ergothérapie et de la psychomotricité et des locaux polyvalents dédiés aux consultations, aux entretiens et à l'éducation du patient et de sa famille, l'éloignement du plateau technique d'imagerie et de biologie et aux consultations spécialisées, distants de 20 kilomètres, même si l'HL y dispose d'un accès privilégié, va jouer un rôle déterminant dans l'orientation des patients. Ainsi, pour certaines pathologies (exemple : radiothérapie), il sera préférable que le patient soit admis au CHB car les traitements sont lourds et très fatigant hormis si le patient manifeste un intérêt personnel pour un autre SSR plus proche de son domicile. Aussi, après discussions au sein du groupe de travail projet médical, il a été convenu que certaines pathologies, sauf exception, ne pourraient être exercées à l'HL du fait de l'absence de plateau technique :

- Les pathologies cardio-vasculaires et pneumologiques lourdes,
- Les cancers nécessitant un plateau technique important,
- Les patients souffrant de pathologies multiples lourdes et tous patients dont la prise en charge ne pourrait être assurée par le plateau technique de l'HL.



A l'inverse, les pathologies à accueillir dans le SSR de l'HL pourraient être les suivantes :

- Les patients atteints de troubles nutritionnels en pré et post opératoire qui ne nécessitent pas la proximité d'un plateau technique important et justifient de soins de traitement et de prévention de la dénutrition pourraient être accueillis au « château »,
- Les malades atteints de pathologies Alzheimer et co-morbidité associés pourraient être accueillis dans le cadre de l'extension des 20 lits supplémentaires à la résidence des Fleurs à condition que cette unité soit sécurisée,
- Les malades en phase palliative : 6 lits de soins palliatifs sont identifiés à Crèvecoeur (3 lits reportés dans le « château » suite à la fermeture programmée de l'USLD et 3 lits liés à l'extension du SSR à la Résidence des Fleurs). Le PH de l'USLD possède un DU de soins palliatifs et travaille (autre mi-temps) à l'EMSP du CHB,
- Les patients en convalescence ne nécessitant pas un plateau technique trop important (exemple : rééducation post orthopédie – annexe 3, fiche A de la circulaire du 3 octobre 2008,
- Les complications des maladies chroniques,
- Les complications de la fragilité liée à l'âge (réversibles ou non),
- Le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé.

La présence d'une unité SSR à l'HL spécialisée dans les affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance est de pouvoir accueillir des personnes qui n'habitent pas trop loin (autour d'un rayon de 25 kilomètres), qui auront des pathologies qui pourront être prises à l'HL, en fonction des contraintes de plateau technique, de personnel et liées à la permanence des soins.

Il est primordial de travailler de concert sur ses spécialités afin de ne pas se faire concurrence et de pouvoir proposer au patient le SSR le plus adapté à sa pathologie en assurant une continuité dans sa prise en charge qui va contribuer à l'optimiser.

Il conviendra de bien informer le personnel des 2 structures sur les types de prise en charge effectués en fonction des capacités offertes par les plateaux techniques. Cela permettra de dissiper les craintes concernant la prise en charge de pathologies plus lourdes au CHB. « Des malades lourds seront également adressés à l'HL ». Le service du CHB accueille des patients lourds mais également des patients en convalescence. Il s'agit d'un juste équilibre. D'une part, le personnel ne pourrait absorber toute une charge de travail liée à des pathologies lourdes ou très lourdes. D'autre part, la DMS est un paramètre important qu'il faut s'efforcer de contenir dans le cadre de la T2A.

S'appuyer sur l'expérience du CHB pour la prise en charge du patient apparaît indispensable afin de pouvoir assurer à son tour des soins d'expertise gériatriques. Etre

rattaché au CHB pour assurer l'organisation médicale du futur SSR et pouvoir bénéficier de compétences médicales spécialisées en gériatrie paraît plus relever d'une nécessité et d'une opportunité que d'une contrainte pour pouvoir attirer les médecins en offrant des postes attractifs.

#### Besoins en temps médical : état des lieux et perspectives

##### Fonctionnement médical actuel à l'HL de Crèvecoeur-le-Grand :

USLD de 60 lits : 5 demi-journées (PH à temps plein : temps partagé avec le CHB)

EHPAD médico-social de 144 lits : 6 demi-journées

Temps de médecin coordonnateur : 4 demi-journées sur l'ensemble de l'établissement

Soit un poste de PH à temps plein

EHPAD médico-social de 144 lits : 2 vacations, soit 2 demi-journées

L'effectif médical s'établit à 1,7 PH temps plein pour l'HL.

Après entretien avec le chef du pôle de gérontologie du CHB, les 2 médecins exerçant en EHPAD médico-social souhaitent s'investir dans le futur SSR : le premier à plein temps, le second à mi-temps.

##### Fonctionnement médical de l'unité SSR :

La norme établie par le syndicat national de gérontologie clinique est d'un PH temps plein pour 20 lits en SSR. Au CHB, l'effectif médical est de 2,2 ETP PH pour 40 lits, ce qui permet un fonctionnement correct. Cependant, la situation géographique du pôle de gérontologie sur le site du CHB permet d'alléger les contraintes liées aux gardes et astreintes des médecins du pôle. La situation est différente à l'HL. Dans la mesure où il semble être prévu 2,5 ETP PH sur le futur service de SSR (1,5 ETP de PH pour 20 lits et 2,5 ETP de PH pour 40 lits), le découpage pourrait être le suivant : 1 PH temps plein et 3 mi-temps. Il peut être envisagé un poste à temps plein partagé entre l'HL et le CHB. Ce choix serait d'autant plus judicieux que le PH à mi-temps faciliterait l'orientation des patients puisque travaillant dans les 2 structures. Il paraît important de rechercher un consensus au sein de la communauté médicale afin qu'aucun médecin ne se sente isolé. Tout comme la prise en charge d'un patient en SSR est différente de celle réalisée en EHPAD, la couverture médicale nécessaire pour assurer le fonctionnement correct d'un SSR est contraignante et diffère de celle pratiquée en EHPAD. En SSR, les médecins doivent être joignables en semaine jusqu'à 18 h 00 puis de 18 h 00 à 9 h 00 et venir le samedi et dimanche matin lorsqu'ils sont d'astreinte.

La présence de 4 PH à terme (soit 2,5 ETP) avec 40 lits devrait également favoriser les activités de consultation et de s'ouvrir sur la ville. Les consultations avancées de spécialistes sont l'occasion de faire venir une frange de la population qui ne serait jamais venue auparavant à l'HL. En CH, on a coutume de dire « que les consultations et les urgences sont la vitrine de l'hôpital ». Les consultations avancées prévues dans le PE et

le nouveau SSR pourront être la nouvelle vitrine de l'HL. « La prise en charge spécifique de certaines pathologies rendra les missions de l'HL plus visibles et ses spécificités plus crédibles et de meilleure qualité ».

Il est également possible d'envisager une configuration d'équipe équivalente à 2,5 ETP de PH avec 2 PH temps plein et un PH à mi-temps. Cette hypothèse est intéressante pour la continuité du service mais l'est moins lorsqu'un des 2 PH à temps plein n'est pas là. L'activité des deux autres s'en trouve alourdie du fait des astreintes. Les médecins du CHB pourraient être intéressés pour participer aux astreintes sur la base du volontariat. Elles pourraient, de ce fait, être étendues aux autres médecins (en plus des 1,5 prévus au départ).

Il serait fortement souhaitable que le PH temps plein qui va postuler pour le service de SSR en accepte la responsabilité. Ce PH travaillera en collaboration étroite avec le médecin responsable de l'unité SSR du CHB sous l'autorité du chef du pôle de gériatrie du CHB. Son rôle sera important dans l'articulation et l'harmonisation des activités médicales. Les premières semaines seront déterminantes lors de l'ouverture du SSR et il est indispensable que les équipes se sentent épaulés et puissent s'appuyer sur quelqu'un de solide et capable de rebondir en cas de difficultés. Le management médical est aussi important que le management du directeur pour conduire ce projet. De même, l'entente médicale est un élément déterminant pour la mise en place d'un tel projet. Le médecin responsable du SSR devra veiller au bon fonctionnement du service et à la cohésion et l'esprit d'équipe de ses confrères.

Motivation des médecins, attractivité et intéressement, problème de démographie médicale

La répartition inégale des personnels médicaux dans certaines régions (Picardie : région déficitaire : voir SROS) peut engendrer des difficultés de recrutement de PH, voire de médecins généralistes. Pour remédier à ce problème, la circulaire de mai 2003 préconisait déjà la mutualisation de postes de PH entre plusieurs hôpitaux en complémentarité avec les médecins généralistes qui y interviennent. Il ne s'agit là que d'une étape du développement des réseaux et des actions de coopération inter-établissements dans lesquels l'HL doit s'inscrire au même titre que l'ensemble des autres acteurs de santé des domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 prévoit lui la possibilité pour le directeur de mettre en œuvre des procédures de recrutement de praticiens pour assurer les soins et une revalorisation significative de leurs honoraires afin de rendre l'HL plus attractif. A noter d'ailleurs qu'on ne parle plus de permanence des soins mais de continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés. Particularité de l'HL : médecins généralistes. Du fait de cet historique, l'HL a tout intérêt à jouer la carte de la coopération. Ce partenariat étroit va

permettre aux médecins de l'HL d'atténuer le sentiment d'isolement parfois ressenti et leur offrir la possibilité d'une réelle intégration dans une communauté scientifique. Par ailleurs, les médecins du CHB peuvent être intéressés, pour des raisons professionnelles (partage d'expérience, nouveau service) et/ou pour des raisons personnelles (rapprochement du domicile) à venir exercer en HL. Une participation aux astreintes, sur la base du volontariat, constitue également un moyen d'attirer les médecins à l'HL.

Après une étude menée sur la permanence médicale auprès de 4 CH (CH de Pont Sainte Maxence, CH de Ham, CH de Chaumont en Vexin et CH de Roye) disposant d'un service de SSR, il en ressort que d'un établissement à l'autre, et selon la nature de ses activités et services, l'organisation médicale est différente ainsi que le régime des astreintes. Dans la plupart des cas, ces hôpitaux disposent d'un service de SSR et d'un service d'USLD, ce qui facilite grandement les choses pour l'organisation et la permanence médicale. La perte de l'USLD à l'HL va le priver d'une filière d'aval importante pour son futur SSR mais aussi d'un médecin PH à mi-temps travaillant déjà au CHB au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs et qui aurait eu un rôle non négligeable à jouer dans les filières de prise en charge. Le budget futur du SSR ne permet pas de proposer un système de garde. Au CHB, les seniors prennent des gardes, ce qui garantit un fonctionnement confortable. A ce système de gardes est juxtaposé un système d'astreintes. On ne peut pas toujours appliquer ou copier un fonctionnement idéal. Des limites apparaissent liées à la spécificité et à la singularité de chaque structure. Des discussions serrées ont eut lieu lors des réunions sur l'organisation des astreintes et leur mode de rémunération. Du point de vue organisationnel, il a été convenu entre les médecins que le médecin d'astreinte le dimanche effectuera la visite du SSR du dimanche matin et restera d'astreinte le dimanche après-midi jusqu'au lundi matin 9 h 00. Les temps d'astreinte devront être précisés pour chaque médecin et au cours d'une même semaine, l'astreinte pourra être assurée à tour de rôle par des médecins volontaires. L'annexe II relative aux missions et fonctions du médecin coordonnateur de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu des cahiers des charges de la convention pluriannuelle stipule, que dans le cadre de la permanence de soins, le médecin coordonnateur peut participer à ce système de gardes et /ou astreintes dans la mesure où il exerce comme soignant au sein de l'institution. Du point de vue de la rémunération, la visite médicale du dimanche matin et les matins des jours fériés assurée par le praticien d'astreinte donnera lieu au paiement d'une demi-garde si sa durée égale ou excède 3 h 30. Le coût d'une indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées d'astreintes opérationnelles est de 41,58 euros (arrêté du 20 octobre 2008 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes).

Une fois les spécialités médicales débattues et les règles de la permanence médicale posées, les impératifs et contraintes liées à l'arrivée de la T2A en SSR ont été largement abordés lors des réunions des CP.

#### Impératif et contrainte d'un nouveau service + T2A

Contexte : Après une longue période d'élaboration, d'hésitation et de concertation, le principe est acquis que la T2A s'étend à l'activité de SSR. La T2A étant un système de tarification qui s'applique à l'ensemble du champ sanitaire, le secteur du SSR n'avait pas vocation à rester en dehors de cette évolution générale. Déjà sont connus les éléments techniques (évolution du programme de médicalisation des systèmes d'information) et se précisent les règles d'un dispositif transitoire. Le financement actuel est modulé en fonction de la nature et du poids de l'activité de chaque établissement et fondé sur un indicateur de valorisation de l'activité : le point IVA en attendant le modèle définitif prévu pour 2012.

Fondamentalement, cette réforme tire sa légitimité de la double ambition qui la sous tend :

- l'abandon du budget historique au profit de la juste rémunération de l'activité réellement exercée, c'est-à-dire la rétribution du service réellement rendu à la collectivité en réponse aux besoins de la population,
- La médicalisation des soins de suite polyvalents et leur montée en gamme de façon à assurer la prise en charge de patients plus lourds.

L'allocation budgétaire mise en place repose sur 4 compartiments de financement :

- Valorisation de l'activité tracée par le PMSI,
- Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
- Médicaments onéreux et dispositifs médicaux
- Plateaux techniques très spécialisés.

L'activité de soins décrite par le PMSI est convertie en points selon la pathologie, la technicité, la lourdeur du soin... Ce total de points déterminera une modulation positive ou négative de la dotation annuelle de fonctionnement.

Madame Aoustin, directrice de la mission T2A SSR précisait aux congressistes de la journée du 9 juin dernier les points suivants que la diversité des activités dans le champ SSR, la diversité des typologies d'établissements, l'importante disparité des durées de séjour et l'absence de modèle éprouvé à l'étranger rendent l'application de la T2A en SSR extrêmement difficile et plus complexe que dans le champ MCO. Un modèle intermédiaire a été élaboré par l'ATHIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) expérimenté depuis cette année et perfectible.

#### Quelques chiffres sur les SSR – journée du 9 juin 2009 (source SAE 2007) : (tableau)

Les structures de SSR sont au nombre de 1 760 et sont réparties de la façon suivante : EPS : 866, établissements non lucratifs 487, établissements lucratifs : 487. La durée

moyenne de séjour s'établissait à 33,1 jours en 2006 et à 32,6 jours en 2007, tous types d'établissements confondus.

Répartition des lits de réadaptation fonctionnelle :

Médecine physique et de réadaptation : 24 % privé lucratif, 45 % privé non lucratif, 31 % : EPS

Rééducation fonctionnelle cardiaque ou respiratoire : 47 % : privé lucratif, 37 % privé non lucratif, 16 % EPS.

Rééducation fonctionnelle sauf MPR, cardiaque ou respiratoire : 35 % privé lucratif, 23 % : privé non lucratif, 42 % : EPS

Répartition des lits de soins de suite :

Maladies à évolution prolongée SSR indifférencié : 20 % : privé lucratif, 24 % : privé non lucratif, 57 % : EPS

RF et convalescence pour personnes âgées : 12 % : privé lucratif, 17 % privé non lucratif, 70 % : EPS

Convalescence, repos, régime, réadaptation non spécialisée : 48 % : privé lucratif, 26 % : privé non lucratif, 26 % : EPS

L'activité de SSR publique concentre à elle toute seule plus de 70 % de gériatrie aiguë. Le secteur public accueille beaucoup de patients de plus de 75 ans. La prise en charge du sujet âgé représente plus de journées dans les établissements publics et 33 % de ces établissements accueillent la seule dépendance physique. Ces dernières années, l'activité de SSR s'est accrue dans les structures privées. Est-ce à dire que ce secteur est plus énergique que le secteur public ? Rien n'est moins sûr. La lourdeur des procédures de marchés publics peut certes contribuer à donner une image moins dynamique que le secteur privé. Les chiffres relatés plus haut révèlent que le secteur privé prend en charge des maladies ou pathologies qui nécessitent des soins techniques élevés mais moins étalés sur le temps comme les pathologies multiples pouvant survenir avec l'âge. Est-ce à dire qu'il oriente son activité vers les activités réputées les plus « rentables » et donc les moins pénalisantes ?

DMS – visites

Les chiffres :

Durant ce stage de professionnalisation, 3 visites de CH disposant d'un service de SSR ont été organisées : le CH de Roye (SSR de 27 lits dont 6 lits de soins palliatifs), le CH de Pont Sainte Maxence (SSR de 25 lits), le CH de Chaumont en Vexin (14 lits de SSR – à terme 30 lits avec prise en charge spécialisée dans les affections oncohématologiques) (activité qui pourrait être versée à terme dans la CHT). L'ensemble des professionnels impliqués dans le projet a été associé à ses visites : directeur, médecin coordonnateur,

cadre de santé, infirmière, pupitreur informatique responsable du budget et des outils informatiques, agent administratif responsable des admissions et secrétaire médicale.

**La DMS :** la plus basse des établissements visités est à 26 jours (36 jours en 2006). La plus élevée se situe à 39,47 jours (le mois précédent : 32,8). Au CHB, la « vraie DMS » est à 42 jours en 2008 (37,5 en 2006). Lorsqu'un patient du SSR est admis quelques jours dans les services de l'Hôpital pour y subir des examens (séances de dialyse par exemple), les services financiers comptabilisent son retour dans l'unité SSR comme une entrée nouvelle et non comme la prolongation de son séjour initial. L'arrivée de la T2A prochaine clarifiera probablement ces points techniques. Si globalement, la durée moyenne de séjour est respectée, la présence de lits dédiés de soins palliatifs a tendance à faire augmenter cette moyenne. De même, les patients relevant de pathologies lourdes sont admis après concertation entre le médecin de l'unité et le cadre de santé sous réserve que cette entrée n'alourdisse pas de façon trop importante la charge de travail du personnel. Il s'agit de trouver un juste équilibre dans le service : équilibre dans la charge de travail et équilibre dans les pathologies accueillies. Une pathologie lourde a des répercussions sur la T2A. Lorsqu'un patient est accueilli dans le service, la procédure de l'accord préalable qui était obligatoire pour les admissions directes en SSR a été suspendue lors de la canicule de l'été 2003. Qu'il s'agisse de transferts ou d'admissions directes, ils donnent lieu, dans un délai de 48 heures à une information du contrôle médical de la caisse gestionnaire du malade. Un imprimé référencé SP 30 « information médicale d'admission » est transmis au service de soins afin d'être complété. Le volet 1 est conservé dans le dossier médical du patient, le volet 2 est transmis au centre d'affiliation de l'assuré. Au-delà d'un séjour de 4 x 20 jours, une demande de prolongation est à effectuer. Une autorisation est également à demander pour les SSR à orientation gériatrique lorsqu'une demande est émise pour un patient de moins de 60 ans.

**Facturation au fil de l'eau :** alors que dans les EHPAD, la facturation s'effectue à terme échu, à chaque fin de mois du séjour du résident, il en va autrement pour la facturation en SSR. La durée de séjour du patient, qui doit être la plus courte possible, oblige, dès l'admission du patient, à une gestion très rigoureuse et des mises à jour régulières (mouvement, consultation, transfert...). Lorsqu'un examen ou consultation est effectué à l'extérieur du service, à la demande du SSR, ces coûts sont supportés par l'établissement demandeur. Si des examens et/ou consultations après hospitalisation sont demandés par l'établissement extérieur, ces coûts resteront à sa charge. Les mêmes règles s'appliquent pour les transports. Les services administratifs de l'HL disposent d'outils informatiques opérationnels. Un logiciel est utilisé pour la facturation, l'économat, les stocks et la pharmacie. La gestion du personnel, des congés et des plannings est également informatisée. A l'inverse, les services de soins ne sont pas informatisés. Cette informatisation était prévue tout début 2008 mais a été suspendue par le projet PHARE.

Ce projet est aujourd'hui abandonné, faute d'obtention de crédits dans le cadre du plan hôpital 2008-2012 et l'informatisation du dossier patient et circuit du médicament deviennent urgentes. L'ouverture prochaine des 20 premiers lits de SSR ne doit pas mettre l'établissement en difficulté. Le personnel aurait souhaité que cette informatisation précède l'ouverture du service. Nouveau service, nouveau budget, nouveau patient et nouvelles pratiques, cet ensemble peut nourrir des craintes. Une formation devra accompagner la mise en place d'un outil informatique. Les systèmes d'information et le volet informatique de l'HL seront étudiés en collaboration avec les services informatiques du CHB. Pour le circuit du médicament et les prescriptions médicamenteuses, le CHB dispose d'un progiciel qui pourrait être installé à l'HL. En revanche, le CHB n'a pas pour le moment un système informatique comprenant l'intégralité du dossier médical. Le logiciel du dossier patient qui sera installé à l'HL devra être identique à celui du CHB dans le cadre d'une mise en réseau avec son unité de SSR et de court séjour de nature à faciliter le travail d'orientation et de transfert des patients et à identifier la structure de SSR la plus adaptée à leur projet de rééducation et réadaptation.

Création d'une instance de coordination pour articuler la continuité de la prise en charge de la personne soignée : elle aura pour fonction première de créer du lien entre les 2 structures, en partageant la même philosophie mais en gardant chacune leur indépendance au niveau de l'organisation interne du SSR. Cette organisation interne est à mettre en place par le médecin coordonnateur, responsable de son unité avec son équipe. Cette instance pourra s'appuyer sur l'équipe mobile de gériatrie. Cette instance n'a pas vocation à superviser toutes les actions car son fonctionnement pourrait devenir très lourd et étouffant. La dimension importante qu'il faut garder est le fonctionnement au quotidien des 2 structures. Le médecin coordonnateur du SSR du CHB, du fait de son ancienneté, a tissé des liens avec les services d'amont de son hôpital. De plus, une autre activité transversale en qualité de médecin responsable du service d'HAD lui permet de se déplacer souvent dans les services et de bien connaître ses confrères. Le médecin du SSR de l'HL devra construire ce travail de partenariat avec les services d'amont, les cadres et les médecins. Il arrive parfois que des patients arrivent sans courrier des services du CHB ou avec des imprécisions. Il appartiendra au médecin du SSR de l'HL de faire remonter ces informations afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge du patient dans le service. Lorsque les demandes d'admission arrivent en SSR, il faut pouvoir donner un avis rapidement. Cet avis nécessite qu'un travail en préalable ait eu lieu et une procédure d'admission très organisée. Pour les malades qui arrivent ou reviennent du CHB après hospitalisation, le personnel de l'HL constate des disparités énormes entre les services. Des services transmettent des dossiers bien organisés alors que d'autres transmettent des dossiers incomplets (comptes rendus définitifs de médecins qui arrivent tardivement, comptes rendus manuscrits des internes qui n'ont pas toujours compris la



logique de prise en charge...). De part et d'autres, des efforts seront à fournir : travail relationnel et de partenariat à construire de la part du médecin SSR de l'HL et travail d'harmonisation des pratiques de la part des services du CHB.

Tout comme le médecin coordonnateur, l'assistance sociale aura un rôle essentiel à jouer dans le parcours du patient. Au CHB, elle s'occupe beaucoup des orientations avec le service, fait le lien avec ses collègues en amont sur le projet thérapeutique et de sortie du patient, trouve des aides à domicile et rencontre les familles. Lors des rencontres avec les familles, les entretiens sont pratiqués en binôme au CHB (médecin et assistante sociale). L'entretien global dure plus longtemps mais chacun s'y retrouve (souvent les familles demandaient au médecin les tarifs et à l'assistante sociale des nouvelles médicales). Une assistante sociale expérimentée, qui dispose de réseaux solides et d'un poste partagé entre les 2 structures, pour le démarrage des 20 premiers lits, serait l'idéal

Les réunions de synthèse à laquelle participe l'équipe pluridisciplinaire constitue un temps d'échange important pour parler des patients. Avec la T2A, il s'agit de valoriser le séjour du patient. La cotation est pointue. Tous les actes doivent être tracés même si tous ne sont pas nécessairement bien valorisés. Le temps passé ainsi en réunion de synthèse n'est pas pris en compte alors que la prise en charge globale du patient dans toutes ses dimensions est abordée. Une des craintes des médecins avec la mise en place de la T2A serait de devoir « trier » les patients en fonction de leur rentabilité, ce qui va à l'encontre même de leurs règles déontologiques. « Si un patient reste 6 mois, faute de place d'aval, ce sera une catastrophe financière ». La disparition de l'USLD à l'HL fait également partie des craintes des professionnels. On dit à la population locale qu'on élargit l'offre de soins mais dans le même temps on supprime une autre activité et en même temps une filière d'aval importante pour le SSR. Au départ, les personnes orientées à l'HL et la population de Crèvecœur-leGrand elle-même ne seront pas forcément heureuses du choix opéré tant que l'HL n'aura pas fait ses preuves sur cette activité. L'attractivité des CHU et des CH est grande et synonyme de soins techniques et de qualité avec présence d'un plateau technique prestigieux. De plus, une personne originaire du secteur ne sera pas forcément orientée sur l'HL en fonction de sa pathologie. Une orientation dans un autre SSR sera plus adaptée à ses besoins. Comment justifier dès lors la proximité et quelle place accordée à la population locale ? Lorsqu'un patient aura séjourné en SSR et que son état de santé ne permettra pas un retour à domicile, même en HAD, il ne pourra pas lui être proposé un hébergement en EHPAD USLD. Il s'agira de bien expliquer à la population crépicoisienne le choix retenu en fonction de la pathologie et le justifier afin d'anticiper ou de prévenir des insatisfactions ou plaintes du proche et/ou de sa famille.

Le degré d'implication des différents acteurs conditionne la réussite du projet.

Au-delà des enjeux stratégiques liés au positionnement de l'HL en qualité d'acteur incontournable de l'offre de soins sur son territoire, les enjeux de managements liés à la conduite du projet et les enjeux professionnels liés aux changements de pratiques vont concourir à porter le projet et le faire avancer dans la bonne direction. Une dynamique institutionnelle doit être recherchée par le directeur auprès notamment du président de la CME, du médecin coordonnateur et du cadre de santé.

Le médecin manager : la conduite et le management de cette unité de soin vont être déterminants dans la suite du projet. Comme toute activité nouvelle, celle-ci suscite craintes et interrogations légitimes. Le management exige de l'autorité mais pas d'autoritarisme, du charisme et de la douceur, de la fermeté et de la gentillesse. Ces qualités humaines sont indépendantes des compétences professionnelles et ne sont pas immédiatement innées ou disponibles. Le manager médical devra coordonner son équipe, se coordonner avec le CHB, assurer la cohésion du groupe, être suffisamment solide et capable de résilience et de rebondir lorsqu'une difficulté surviendra dans son service afin de relancer les équipes. La coopération initiée entre les 2 unités de SSR a permis de travailler ensemble et de construire des outils communs même si ce ne sont pas ces 2 unités là qui vont travailler ensemble. Elles vont travailler ensemble pour travailler de la même manière. Au final, ce sont les services du CHB et le SSR de l'HL qui vont travailler ensemble.

Le cadre de santé manager : le management du soigner, c'est à la fois un management par le projet, un management par les valeurs et un management des compétences. Si la logique de professionnalisation qui relève plus d'une logique identitaire et la logique de collaboration interprofessionnelle qui constitue plus une logique de complémentarité et d'articulation peuvent parfois se heurter, les objectifs et les valeurs sur lesquels s'appuient les membres du groupe vont les faire converger vers un but commun : travailler ensemble et pas seulement coordonner des travaux séparés. Le cadre de santé de l'HL, seul en poste pour 244 lits et places, s'est appuyé sur les compétences du CHB dans certains domaines. Le cadre supérieur de santé du pôle de gériatrie et la directrice des soins du CHB ont apporté leur concours sur certains points. A titre d'exemple, le cadre supérieur de santé a été sollicité pour apporter son expertise lors de l'examen des plans de la salle de soins du futur SSR. Cette activité nouvelle va porter les équipes et constituer une opportunité pour certains. Changer de service, faire évoluer son projet professionnel, acquérir des compétences nouvelles, va permettre d'impulser une dynamique. Le cadre de santé de l'HL a reçu les candidatures de personnes volontaires pour travailler dans le nouveau service (IDE, AS, ASH, CAE, AMP). Il s'agit pour le cadre de santé d'optimiser le niveau de compétence de ses professionnels pour développer une qualité des soins. S'il faut maintenir les compétences existantes, il faut aussi repérer les besoins spécifiques de chacun par rapport aux techniques de soins requises. La mise en

place de formation spécifique intersites (exemple : soins sur cathéters et chambres implantables) va permettre des échanges, un perfectionnement des connaissances et d'acquérir des compétences devenues indispensables avec la prise en charge de patients nouveaux. Si l'HL doit s'appuyer sur le CHB dans certains domaines précis, il doit aussi faire confiance à son personnel qui saura trouver les ressources nécessaires pour s'adapter aux évolutions en cours dans son établissement. Cette activité nouvelle va tirer l'HL vers le haut. Il faudra aussi veiller à ne pas trop la monter au pinacle afin de ne pas déstabiliser les autres services qui vont continuer à fonctionner.

Au-delà du partage d'expériences, ce projet est aussi une expérience humaine très enrichissante qui a permis à chacun des acteurs de découvrir l'autre et de surmonter ses propres craintes. Cette démarche de coopération bien amorcée reste à parachever par le biais d'outils législatifs et règlementaires.

### **3 UNE COOPERATION BIEN ENGAGEE QUI RESTE A PARFAIRE ET A FAIRE CONNAITRE**

L'adoption de la loi HPST le 21 juillet dernier, même si ses décrets d'application ne sont pas encore parus, aura des effets sur la formalisation de cette coopération en cours de finalisation. Les pistes possibles sont multiples et fortement dépendantes des forces en présence. La rédaction de documents écrits (charte de fonctionnement, projet médical et de soin) a permis d'éclairer le débat sur les objectifs attendus de cette coopération tout en mettant à plat les multiples interrogations que sont en droit de se poser l'ensemble des professionnels impliqués dans ce projet. La charte de fonctionnement vient préciser les pourtours et les contours d'une prise en charge et en soins idéale du patient en unité de SSR. Cette charte aura vocation à être améliorée et évaluée dans le temps au même titre que la prise en charge du patient dans le service.

Ce projet de SSR, au-delà de l'intérêt politique, stratégique et professionnel qu'il représente, s'inscrit lui-même dans une démarche plus vaste qui va permettre à l'établissement de se positionner dans l'offre locale de soins au travers d'un outil stratégique et privilégié dont dispose le directeur : le projet d'établissement. A travers lui, l'HL va mettre en avant les missions qu'il souhaite développer.

Diriger, c'est aussi anticiper sur l'avenir. La disparition programmée de l'USLD va obliger l'établissement à créer une dynamique de réseaux avec l'ensemble des partenaires de santé. A ce titre, il doit lui-même développer des relations et des complémentarités qui lui seront indispensables dans la mise en place d'une filière gériatrique. En effet, les filières gériatriques hospitalières intègrent les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et sont très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD. Une filière de soins gériatriques s'appuie sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. La coopération mise en place avec le CHB répond à cette logique de filière de soins.

Ce projet de coopération, bâti en étroite collaboration avec le CHB, doit être poursuivi et approfondi, finalisé et formalisé (3.1) afin de s'inscrire dans la durée. Il doit aussi s'intégrer dans une vision globale au service de la stratégie de l'établissement dans son projet d'établissement (3.2).

## **3.1 Optimisation de la coopération**

### **3.1.1 Une coopération à finaliser**

### **3.1.2 Des choses restent à écrire**

La charte de fonctionnement, le projet médical et de soin attestent de la vitalité des membres du comité de pilotage et des groupes de travail. Si les grands principes ont été définis, les objectifs de prise en charge déclinés et explicités, un travail assez conséquent reste à produire dans la déclinaison des modes opératoires. Certains protocoles feront l'objet d'une harmonisation (exemple : les profils de postes des professionnels de santé) tandis que d'autres resteront spécifiques à l'HL. Le développement de stratégies de formation est incontournable. Des échanges de compétences entre les professionnels des 2 sites seront à mettre en place. Le choix du cadre de santé de la future unité devra être fait sans tarder afin de ne pas alourdir la charge de travail du cadre de santé actuel de l'HL qui, dans les faits, assure les fonctions et missions d'un cadre supérieur de santé. Sa participation active à la vie institutionnelle et dans le fonctionnement de l'établissement et son engagement dans ce projet sont des atouts incontestables. Si l'HL n'était pas sur le point de voir disparaître son unité d'USLD, il aurait reçu la visite de certification en avril 2010. Du fait de l'arrêt de cette activité, la certification n'aura probablement pas lieu et se reportera sur la nouvelle activité de SSR, après une période de mise en place et terme d'organisation et de démarche qualité. Si l'HL échappe à la seconde procédure de certification version 2007, il s'est néanmoins engagé dans la mise en œuvre de l'évaluation des EPP. La personne référent qualité de l'HL et le cadre de santé se sont formés à cet item afin de sensibiliser et d'amener le personnel à intégrer les changements opérés par l'évaluation. La dynamique observée de la première accréditation n'est pas retombée et le panel de formation proposé à l'ensemble du personnel montre la bonne vitalité de l'établissement en la matière. Ce mouvement ne doit pas retomber ou s'essouffler même si les effets n'en sont pas visibles à court et moyen terme. La démarche qualité et de gestion des risques initiée par l'établissement lors de la première certification servira le personnel au moment de l'ouverture de l'unité de SSR. Le personnel de l'actuelle USLD, bien investi dans les groupes de travail, était presque surpris et déçu que cette seconde certification ne se réalise pas. Le directeur doit rester attentif et vigilant afin de ne pas décourager les personnels qui se mobilisent et n'en voient pas forcément et durablement les effets. L'information sur les évolutions en cours doivent être expliquées et bien comprises du personnel. L'auto-évaluation et les EPP participent à l'amélioration de la qualité des prestations offertes. La charte de fonctionnement du futur SSR doit faire l'objet d'une évaluation par rapport aux objectifs fixés dans son contenu.

#### A) Modalités d'évaluation de la charte de fonctionnement et projet thérapeutique

L'évaluation fait désormais partie des pratiques des établissements. A partir de celle-ci sont dégagés les points sur lesquels toute structure doit s'améliorer et les points sur lesquels toute structure affiche des bonnes pratiques qu'il convient de maintenir. La charte de fonctionnement fera elle aussi l'objet d'une évaluation. Il est prévu que cette évaluation soit effective au cours du premier trimestre de l'ouverture de l'unité de SSR et qu'elle soit ensuite modifiée en tant que de besoin par l'instance de coordination. Cette charte pourra faire l'objet d'adaptations en fonction de l'évolution des structures, des modalités de prise en charge et de la réglementation. Lors de l'extension de l'unité de SSR de 20 à 40 lits, cette charte nécessitera une réactualisation. Il a été prévu d'évaluer cette charte assez rapidement dans un premier temps du fait de l'ouverture de ce service. Cette charte pourra s'appuyer sur certains indicateurs annuels de suivi (nombre d'admissions en hospitalisation complète, DMS...) inclus dans le rapport annuel d'activité médicale du médecin coordonnateur. Entre la projection d'un fonctionnement idéal et la réalité, des écarts sont souvent relevés. Le commencement d'une nouvelle activité suscite toujours des appréhensions même si un travail lourd a été mené au préalable par les personnes partie prenante au projet. Les premiers mois de fonctionnement donneront le cap et des ajustements seront à opérer. Le personnel aura nourri beaucoup d'attentes pour ce projet. Il aura été formé à de nouvelles techniques de soins et de prise en charge globale du patient. La confrontation à la réalité peut ne pas correspondre aux projections qu'ils auront faites ou à ce qui leur avait été promis en formation. Une unité de SSR reste une unité de soins où les soins de base restent extrêmement importants. Les 20 premiers lits du service seront dédiés à la prise en charge des personnes âgées, polyopathologiques ou à risque de dépendance. Pour le personnel du SSR, les soins de base seront identiques à ceux prodigués dans les EHPAD. La formation à certains soins techniques et spécifiques ne sera pas dispensée sur chaque patient hospitalisée. Ces soins techniques s'appliqueront quand l'état de santé de la personne le nécessitera. Le directeur, les médecins et le cadre de santé doivent veiller au bon fonctionnement du service et impulser et continuer le mouvement enclenché par ce projet. Maintenir les équipes en alerte, les soutenir afin que les soins dispensés correspondent à une prestation de qualité qu'est en droit d'attendre tout patient hospitalisé ;

L'évaluation n'est pas exclusive à la charte de fonctionnement. Les modalités de prise en charge en SSR gériatriques répondent aux critères de bonnes pratiques dans le cadre de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'admission d'un patient en SSR suppose d'assurer ou réévaluer le bilan médico-psycho-social et de rédiger un projet thérapeutique personnalisé (plan de soins et plan d'aide) et assurer sa réévaluation périodique. Cette pratique rappelle les obligations liées à l'accueil d'un résident en EHPAD : élaboration d'un projet de vie

individualisé et réévaluation périodique. Cela peut servir de repères aux soignants qui travaillaient précédemment en EHPAD et qui ont postulé pour travailler dans le futur service de SSR.

## B) Modélisations possibles

L'instance de coordination évoquée précédemment pourrait préfigurer la future coordination territoriale prévue à l'annexe III de la circulaire du 3 octobre 2008. Ces coordinations reposent sur la mise en place d'un dispositif léger. Elles peuvent s'appuyer sur un organisateur formé aux techniques d'analyse de données, au management des équipes et apte à animer la conception et la mise en œuvre d'une politique en SSR conforme au SROS. Ce type de coordination trouve sa place sur un territoire identifié (le territoire de la future CHT ?). Cela permet d'éviter que chaque établissement ou service de SSR ait à répondre, isolément, à l'ensemble des enjeux d'une coordination avec tous les acteurs d'un territoire. La coopération engagée entre les 2 structures pour la création du SSR à l'HL pourra servir d'exemple. Cette expérience pourra être dupliquée si elle se révèle fructueuse. Les enseignements tirés de ce travail et de cette première approche d'un travail en commun permettent en effet de mesurer les réactions de l'ensemble des acteurs. Dans la mesure où ce projet médical de SSR sera coordonné par la future CHT de l'Oise Ouest, ce projet pourrait être étendu à l'échelle du territoire afin que l'ensemble des SSR travaillent ensemble. « Si l'on souhaite rendre service au patient, il faut s'allier pour connaître les moyens de chacun ». Les coordinations territoriales répondent à ce besoin de mise en commun de l'offre. Elles ont en effet pour mission d'aider à recenser et référencer l'offre de SSR accessible à partir d'un territoire donné, de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR et d'être l'interlocuteur privilégié des dispositifs et acteurs des secteurs en aval. Au cours des réunions de travail, il a été évoqué l'expérience de la coordination Rhône-Réadaptation menée depuis 2002 avec un outil informatique dédié : le logiciel trajectoire (gestions hospitalières février 2006). Ce logiciel a été déployé par l'ARH Rhône-Alpes. Seule l'ARH peut déployer ce type de produit dans une région. Ce système permet l'admission en ligne des patients dans un service de SSR selon leur typologie. Il représente également un annuaire des SSR. Quand, par exemple, un patient a besoins d'un orthophoniste suite à un AVC, ce système d'information régional permettra de choisir dans la liste des SSR le service le plus adapté à son besoin. Ce logiciel a de l'intérêt si tous les services d'aval s'y mettent quasiment en même temps (SSR publics et privés). Si tel n'est pas le cas, ce système n'aura que peu d'intérêt pour les services d'amont. Ce logiciel n'est qu'un outil qui permet d'être transparent vis-à-vis de l'offre et de la demande. Cet outil pratique aidera à développer des relations de travail, ce qui est en soi une bonne chose dans la

mesure où les services de SSR ne se connaissent pas beaucoup. Il serait opportun de réunir les SSR existants sur le territoire avant que l'outil trajectoire arrive. Ce logiciel pourrait être géré par la CHT. Si cet outil informatique est bien utilisé, ce qui suppose que les personnes soient formées et travaillent ensemble, cela se fera au bénéfice du patient. L'intégration des structures SSR environnantes à terme dans ce projet permettra aussi l'échange de professionnels. Le personnel des centres de rééducation fonctionnels voisins pourrait être intéressé par un poste partagé tels les kinésithérapeutes ou ergothérapeutes. Ces professionnels de terrain disposent d'une expertise, apportent de l'information aux médecins. Leur concours sera précieux au moment de l'ouverture du service. Aussi, l'HL doit communiquer, s'inscrire dans une démarche innovante et ne pas hésiter à afficher cette nouvelle spécialité.

### 3.1.3 Une coopération à formaliser : les pistes possibles

#### A) La fédération médicale interhospitalière

Lors de mon déplacement le 27 janvier dernier au CH de Saint Quentin dans l'Aisne, établissement qui a mis en place deux FMI (FMI de gériatrie du territoire Nord-Est et FMI d'urgence du territoire Nord-Est), la possibilité de création d'un FMI n'était pas envisageable dans l'immédiat. En effet, seuls les établissements publics de santé peuvent créer une FMI et parmi eux seuls les centres hospitaliers, ce qui exclut de ce champ les hôpitaux locaux. La loi HPST change la donne étant donné le changement de statut juridique de l'HL qui devient un établissement de santé comme les autres. Le fondement juridique de la FMI est précisé dans l'article L6135-1 du CSP : « en vue du **rapprochement d'activités médicales**, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur CA, prises après avis de la CME et du CTE de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs pôles d'activités clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en FMI, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées ». La FMI présente cet avantage qu'elle est très simple à mettre en place, par délibérations concordantes des conseils d'administration qui précisent l'intitulé, l'objet, les compétences, la nature et l'étendue des activités de la FMI et qu'elle constitue une solution souple, par exemple pour les petites structures qui doivent coopérer avec un établissement plus important qui est souvent l'établissement de recours du territoire de santé. La FMI est un outil de coopération fonctionnelle et relève de la coopération conventionnelle organique. Il s'agit de trouver un consensus entre l'ensemble des partenaires. Que veut-on mettre dans cette FMI ? Les objectifs peuvent être variés : améliorer la prise en charge du patient, partage de temps médical, mutualisation de certains moyens. Cette piste de la FMI apparaît adaptée à la coopération en cours et



j'opterai volontiers pour cette solution dans la mesure où cet outil est simple à mettre en place et correspond bien au but recherché par cette coopération, à savoir le rapprochement d'activités médicales. Chaque établissement conserve la titularité de ses autorisations, la propriété de ses biens et les met à disposition de la FMI. La FMI n'a pas la personnalité morale et ne dispose pas de la personnalité juridique car elle n'a pas de budget. C'est un financement sur la dotation globale des établissements membres. Ce dispositif nécessite l'établissement d'une convention constitutive et inclut en général le règlement intérieur de la FMI, la création d'un conseil de fédération et un médecin coordonnateur élu par ce conseil. Le statut du personnel de la FMI est public. Les praticiens hospitaliers sont rémunérés par leur établissement d'origine. Au regard des craintes manifestées par certains personnels sur le devenir de leur établissements, cette piste pourrait être privilégiée. Une des limites opérationnelles de la FMI est la mise en place des pôles et la place qui doit être réservée aux médecins des établissements partenaires.

#### B) Le GCS

Lors du CA du 25 juin dernier de l'HL a été adoptée la convention constitutive du GCS qui préfigure la future CHT de l'Oise Ouest. L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé donne au GCS une place privilégiée dans le domaine des coopérations sanitaires. La loi HPST leur confère également un rôle de tout premier au même titre que les CHT. Le GCS de moyens est ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médico-sociaux. Son objet est de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il peut être constitué pour organiser ou gérer des activités administratives...réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun...et permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux... Il a la possibilité d'être employeur et d'assurer les missions d'un établissement de santé.

Le préambule de la convention constitutive du GCS indique que la CH2O a pour objectifs essentiels : le développement de la qualité des soins, la recherche de l'efficacité, l'amélioration de la complémentarité et le développement des coopérations entre établissements membres, la garantie d'un service hospitalier de proximité et de recours bien coordonné et justement dimensionné, organisé en cohérence avec un projet médical et médico-social commun, le cas échéant la gestion en commun d'activités et de ressources notamment en matière de systèmes d'informations. Ce GCS est constitué pour une durée de 5 ans et est doté de la personnalité morale de droit public.

En ce qui concerne l'HL, les motivations spécifiques d'adhésion à ce projet peuvent être ainsi résumées :

- les filières de prise en charge sont déjà très imbriquées avec le CHB et l'HL travaille en partenariat étroit avec lui. Le projet de la CH20 va dans le sens des coopérations voulues depuis des années entre l'HL et des partenaires,

- considéré sous l'angle de la fluidification des circuits de prise en charge, la CH20 constituera le point d'ancrage de l'HL dans la filière gériatrique.

Pour le moment, il est stipulé dans le préambule du projet médical de l'unité SSR de l'HL que celui-ci sera coordonné par la CH20. Cette convention constitutive du GCS a été adoptée avant l'adoption de la loi HPST. Si cette dernière a été adoptée, il faut attendre la sortie des décrets d'application qui viendront préciser certaines dispositions de la loi. A terme, ce GCS évoluera vers une CHT. Ce principe est acté par les établissements signataires dans le premier paragraphe du préambule de la convention. Cette période transitoire peut ajouter aux questionnements du personnel sur les modalités de cette coopération et sa formalisation juridique.

### C) La CHT

La loi HPST crée un nouveau mode de coopération en instituant les CHT. L'article L.6132-1 du CSP stipule que des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements...Un EPS ne peut être partie qu'à une seule convention de CHT ». La CHT est une forme beaucoup plus aboutie de coopération que le GCS puisqu'elle définit entre autre le projet médical commun de la CHT et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, les modalités de mise en cohérence des CPOM, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements et les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'informations hospitaliers. Si les CHT ont pour vocation de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire, elles ont provoqué et provoquent encore des inquiétudes chez tous les acteurs de santé. Le CA de l'HL du 25 juin dernier a été l'occasion pour le président du CA et les représentants du personnel de poser de multiples questions au directeur du CHB à l'initiative de la création de la CH20. La convention de direction commune et l'adhésion à la CH20 suscitent des craintes mêmes si dans l'ensemble les personnels ont compris l'intérêt à coopérer et à mutualiser certains moyens. Ce projet médical coordonné par la future CHT est perçu comme novateur et aussi comme un challenge. Un médecin signale toutefois qu'il ya une dizaine d'années, l'HL s'était associé

avec un autre HL et une MR pour construire un projet médical commun. Ce projet est resté en l'état.

Le projet SSR a été mené en parallèle de l'évolution actuelle du système de santé et a même anticipé la loi. Ce projet répond également à un besoin de maîtrise des dépenses de santé sur un territoire donné. « Travailler en réseau, échanger des technicités, mieux rationaliser des activités d'expertise qui vont se faire à un endroit et fermer à d'autres, telles sont les possibilités offertes par la CHT ». Une zone géographique donnée va pouvoir répondre à toutes les attentes de la population mais dans différents établissements dans la mesure où les activités faites en petit nombre dans un seul hôpital ne suffisaient pas à rentabiliser le service. Un seul centre d'expertise sur un territoire donné permet d'éviter le chevauchement d'activités, de faire des économies tout en y délivrant des soins de qualité.

Si l'HL s'est engagé dans ce projet de CH20 en adoptant sa convention constitutive, le projet SSR devra être formalisé dans un premier temps sous forme de convention classique. Les modalités juridiques quant à la mise en place d'une CHT restent encore floues et devront être explicitées. La signature d'une convention classique entre les deux parties permettra le démarrage de l'activité et reste aussi une modalité de coopération à la fois simple et souple.

La formalisation de cette coopération constitue une étape importante du processus. Pour autant, ce projet doit trouver sa place et être mis en valeur au moyen d'un outil stratégique pour le directeur que représente le projet d'établissement.

## **3.2 Vision globale du service de SSR et mise en perspectives au travers d'un outil réglementaire approprié qui prend ici toute sa mesure : le projet d'établissement**

### **3.2.1 Guide pour l'action à venir : le nouveau projet d'établissement de l'HL**

#### A) Poursuivre et améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Le projet d'établissement est l'acte politique majeur de tout établissement de santé. Il constitue la base et le fondement de toute prévision d'adaptation des moyens. Il est la pierre angulaire des négociations et de la réalisation du COM permettant le financement d'activités nouvelles. Tout PE conditionne l'avenir, la place de l'établissement et les moyens qui lui seront reconnus. La rédaction de ce projet représente un temps fort et essentiel pour la vie d'un établissement. Parallèlement à ce projet SSR, j'ai participé à la réactualisation du PE de l'HL. Le projet médical et de soin ont fait l'objet d'une réécriture qui a pris en compte les évolutions internes et externes afin que l'HL se projette et anticipe les besoins futurs. La disparition de l'USLD a obligé à réfléchir sur la manière

dont l'établissement allait aborder ce virage et à envisager de nouvelles prises en charge ou améliorer celles existantes.

Si les unités cognitivo-comportementales ont été exclues de l'activité SSR en raison des contraintes architecturales, une réflexion approfondie pourra être menée en ce qui concerne la pathologie Alzheimer pour les patients dont l'évolution de la maladie ne nécessite pas une hospitalisation dans ces unités destinées à accueillir les patients en périodes de crises, d'origine multifactorielle (fatigue de l'aidant, maladies aiguës, exacerbation des troubles du comportement...). Cette maladie pourrait être prise en charge dans la seconde tranche de 20 lits. La présence de lits médico-sociaux dans ce même bâtiment qui accueille actuellement les 60 lits d'USLD et les 44 lits de la future unité d'Alzheimer est intéressante pour le devenir de ses patients d'autant plus que dans le cadre de la réactualisation de son PE, l'HL demande la labellisation d'une unité Alzheimer de 44 lits en lieu et place de l'unité actuelle de psycho-gériatrie de 44 lits qui accueille en fait des résidents Alzheimer et troubles apparentés. Depuis l'arrivée du nouveau cadre de santé en lien avec le médecin coordonnateur et la psychologue de l'établissement, un groupe de travail se réunit régulièrement afin d'améliorer la prise en charge spécifique de ces malades. Les personnels sont formés et dédiés à cette unité, les locaux ont fait l'objet d'adaptations à destination des résidents, un espace Snoezolen est en cours d'achèvement et les résultats sont d'ores et déjà visibles et profitables à tous : résidents, personnel et famille. Dans cette recherche de l'anticipation des besoins et de pouvoir proposer à la population une prise en charge et en soin adaptée à son état de santé, la mesure n° 44 déclinée dans le plan Alzheimer 2008-2012 pourrait également constituer une opportunité pour l'établissement. En effet, les 44 lits qui accueillent actuellement les patients atteints de la maladie Alzheimer et apparentées sont situés dans le bâtiment dénommé la Résidence des Fleurs connexe au bâtiment de la Résidence du Cèdre qui accueille l'USLD. Ce bâtiment de 44 lits comprend deux étages et pourrait accueillir dans un futur proche une unité d'hébergement renforcée au moindre coût. Cette unité permet déjà à ses résidents une déambulation interne et externe sécurisée. Depuis quelques années déjà le personnel est formé à cette maladie et depuis un an du personnel est dédié spécialement à cette unité. La circulaire du 5 juin 2008 relative aux axes et actions de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, prévoit dans son annexe 18, une action de formation spécifique aux techniques de soins et de prise en charge des personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentées. Cette annexe rappelle que 33 % des personnes accueillies dans les EHPAD et 15 % des personnes accueillies en USLD souffrent de cette maladie. Le projet d'établissement prévoit d'intégrer les spécificités de fonctionnement et d'organisation liées à cette maladie. Il peut et doit anticiper les besoins tout en graduant les réponses en veillant à la cohérence de son projet global. A terme, il serait tout à fait possible que l'HL puisse prétendre à la mise en

place d'une filière de soins. C'est une chance qu'il faut saisir. Il est extrêmement important de définir clairement les contours de la filière de soins gériatriques qui commence à se dessiner à l'HL et de bien positionner ces filières. L'intégration du projet médical et de soins dans le projet d'établissement et la mise en place de consultations avancées vont permettre à l'HL de s'affirmer et d'être reconnu au niveau du territoire de santé.

#### B) Les contours du nouveau projet d'établissement

Il est primordial, dans la nouvelle version du PE, d'introduire une distinction claire entre les prises en charge sanitaires et médicalisées de l'unité de SSR et le volet médico-social. L'axe sanitaire ne saurait être isolé des filières d'amont (courts séjours hospitaliers) et des filières d'aval (USLD ou MR). Les consultations avancées, ancrées sur la ville, doivent être rattachées au volet sanitaire. Ce PE doit faire apparaître le caractère fort d'un hôpital gériatrique qui se veut à l'écoute des préoccupations de la population locale avec des axes de prises en charge centrés sur les besoins émergents, en particulier ceux des malades Alzheimer ou apparentés. Il convient de montrer aux financeurs, dans la continuité de ce qui existe déjà, une tendance à mieux sérier les malades, à leur donner un profil reconnu, avec des prises en charge adaptées aux nécessités actuelles. L'HL doit se projeter résolument vers l'avenir. La mise en place d'activités nouvelles, de type SSR et consultations avancées va concourir à transformer son image. Lorsqu'un HL peut offrir des soins d'expertise gériatrique, il renvoie une image extrêmement professionnelle. Les consultations avancées inscrites dans le nouveau PE, après concertation avec les médecins de l'HL et du CHB, sont de deux ordres : les consultations de spécialistes et les consultations gériatriques avancées. Les premières ont été établies après contact avec les médecins généralistes du canton de Crèvecœur-le-Grand et s'adressent aux personnes prises en charge par le SSIAD et/ou l'HAD de l'HL, les résidents et patients de l'HL et les habitants de la ville et vivant à proximité. Les consultations proposées pourraient être les suivantes : nutrition, psychiatrie, mémoire, conduite addictive, cardiologie et pneumologie. Ces consultations seront assurées en lien avec le futur service de SSR. L'HL prendra contact avec les professionnels de santé du CHB (médicaux et paramédicaux) susceptibles de d'assurer ces consultations ou examens ou à défaut avec le CHU d'Amiens, situé dans Somme et distant de 45 kilomètres.

La consultation gériatrique avancée, quant à elle, est inscrite dans le volet « prise en charge des personnes âgées » de la seconde révision du SROS 3 de Picardie de 2008. Cette consultation se fera en lien avec le pôle d'évaluation gériatrique du CHB conformément à la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique. Le principal objectif de cette consultation pour les personnes âgées fragiles est de procéder à une évaluation au moyen d'un bilan médico-psycho-social dans le but de mettre en place un projet de soin et d'aide afin de prévenir et/ou retarder les

hospitalisations et/ou les admissions en EHPAD. La création de consultations avancées permet à l'HL de répondre à une de ses missions principales en constituant le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques. Il intervient alors en avant de la chaîne des soins par les consultations avancées ou actions de prévention mais également en aval en prenant en charge au plus près de son domicile un patient gériatrique transféré, limitant ainsi d'inutiles ruptures avec son environnement. Ce sera le cas pour les patients admis en SSR qui résident dans le canton de Crèvecœur-le-Grand et dont la pathologie peut être prise en charge à l'HL. Ce dernier ne doit pas hésiter à afficher ces nouvelles activités et savoir faire publicité autour de lui.

C) Délai minimal entre la création des 20 premiers lits et l'extension par requalification des lits d'USLD

L'extension de 20 à 40 lits souhaitée par l'ARH afin d'optimiser les moyens a été obtenue après négociation avec la DDASS par transformation de 20 lits d'USLD en 20 lits de SSR. Actuellement, l'HL reste toujours dans l'attente de l'arrêté de fermeture de son USLD au 31 décembre de cette année. Les 60 lits de l'ancienne USLD devraient être répartis de la manière suivante : 20 lits redéployés dans le secteur médico-social de l'HL, 20 lits transformés en lits de SSR et 20 lits redéployés sur le secteur nord du Beauvaisis. Des discussions sont toujours en cours avec les autorités de tutelle quant à la localisation de ces lits. L'HL ne peut en l'état augmenter sa capacité en EHPAD médico-social.

Lors du CP du 12 février 2009 des inquiétudes se sont manifestées du fait du délai d'ouverture entre les 2 unités. Plus le délai sera court entre l'ouverture des 2 unités et mieux cela sera pour le fonctionnement à venir. Commencer avec 20 lits n'est pas forcément l'idéal en termes de fonctionnement médical. Il est donc urgent de lancer sans tarder les études pour l'extension des 20 lits au 1<sup>er</sup> étage de la Résidence des Fleurs. 18 à 20 mois d'études sont en effet nécessaires pour la mise aux normes du service (durée des études : 8 mois ; travaux : 10 à 12 mois après l'achèvement des études et la passation des marchés de travaux). Après concertation avec le directeur du CHB, une convention de prestations du bureau d'études a été signée entre l'HL et le syndicat interhospitalier de l'Oise qui suit actuellement les travaux dans le « Château ». Dès réception de l'arrêté de la DDASS notifiant l'arrêt de l'activité d'USLD, un dossier devra être déposé rapidement auprès de l'ARH pour passage en CROS. Cette période de transition ne doit pas nuire à la création du nouveau service dont l'ouverture est prévue au second semestre 2010. S'il est certain qu'une unité à 40 lits facilite le fonctionnement médical, la mise en service des 20 premiers lits pourra se faire progressivement. Le personnel pourra trouver rapidement ses marques au fur et à mesure de la montée en charge du service. Un travail de coordination important sera à fournir avec les services

d'aval et une politique d'information et de communication devra accompagner l'ouverture du service.

### **3.2.2 accompagnement du personnel,**

A) 3.2.2.1

B) 3.2.2.2 Filière à mettre en place

C) 3.2.2.3 Une politique d'information et de communication adaptée

## Conclusion



---

## Bibliographie

---

### PERIODIQUES

Soins cadres de santé n° 68 - novembre 2008 : les territoires au cœur de la réforme  
pages 20 à 24

Le journal de l'association des directeurs d'hôpital septembre-octobre 2008 - cartographie  
de l'hôpital local- étude réalisée par Adysta Conseil à la demande de l'ANHL  
pages 10 à 20

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la  
santé et aux territoires

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et  
privée

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et  
du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création  
d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

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

Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à  
l'activité de soins de suite et de réadaptation

Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de  
l'hôpital local

Circulaire DHOS/01 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du  
17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

Circulaire DHOS/0/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de  
troisième génération

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : titre

ANNEXE 2 : titre

ANNEXE 3 :

## **ANNEXE 1 : titre**

## ANNEXE 2

## ANNEXE 3

## ANNEXE 4

## ANNEXE 5