



**EHESP**

---

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

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

---

**De la planification au déploiement  
d'une nouvelle activité  
L'exemple de l'Unité de Soins Prolongés  
Complexes à l'Hôpital du Vésinet**

---

**Laurine Roblot**



---

# Remerciements

---

Pour m'avoir accueillie en qualité de stagiaire au sein de l'Hôpital du Vésinet, je remercie tout particulièrement Mme Françoise Guillaud, directrice de l'établissement. Elle m'a conseillée, orientée et a partagé pleinement son expérience pendant la durée de mon stage.

J'adresse également mes remerciements à M. Marc Pulik, délégué territorial de la Direction départementale 78 de l'ARS Ile-de-France, dont les observations éclairées m'ont permis de mieux appréhender le sujet de ce mémoire.

Un grand merci au Dr Amina Laribi, praticien hospitalier gériatre et à Mme Christine Lajeunesse, cadre de santé, pour m'avoir suivie dans cette expérimentation.

Mes sincères remerciements vont aussi à tous les professionnels, soignants et administratifs, que j'ai côtoyés au cours de mon stage à l'Hôpital du Vésinet. Tous ont fait preuve de beaucoup de disponibilité et de sympathie à mon égard et ont contribué à faire de ce stage une expérience humaine et professionnelle très enrichissante.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 De la planification sanitaire à la maîtrise de l'offre sur le territoire .....	5
1.1 La planification sanitaire .....	5
1.1.1 Organisation du système français.....	6
1.1.2 Processus d'élaboration du projet régional de santé .....	9
A) Définition des besoins .....	9
B) Détermination des priorités et des objectifs du cadre d'orientation stratégique.....	11
C) Détermination des dispositions opérationnelles du schéma régional de santé .....	13
D) Relations territoriales pour une mise en œuvre efficiente de la stratégie nationale de santé.....	14
1.2 Les différents outils à disposition des autorités publiques pour mettre en œuvre leurs schémas et programmes.....	15
1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens .....	15
1.2.2 Les autorisations .....	16
A) Les autorisations sanitaires.....	16
B) Les autorisations médico-sociales.....	17
C) Les avantages et les inconvénients liés au régime des autorisations .....	17
1.2.3 L'appel à projet, procédure de délivrance d'une autorisation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux.....	18
A) Le calendrier prévisionnel .....	19
B) Le cahier des charges.....	19
C) Transparence et égalité de traitement.....	20
D) Le rôle de l'instructeur .....	20
E) La commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social.....	21
2 Déploiement d'une nouvelle activité au sein d'un établissement suite à la réponse à un appel projet : l'exemple de l'USPC à l'Hôpital du Vésinet.....	23
2.1 La naissance des unités de soins prolongés complexes.....	23

2.1.1	Etude des besoins .....	24
2.1.2	Inscription dans le projet régional de santé de l'ARS Ile-de-France .....	26
2.1.3	Elaboration d'un cahier des charges.....	28
2.2	L'Hôpital du Vésinet.....	29
2.2.1	Une diversité de patients.....	30
2.2.2	De multiples professionnels .....	31
2.2.3	Un environnement agréable.....	32
2.3	Démarche méthodologique .....	33
2.4	Les points de vigilance pour la mise en place d'une nouvelle activité au sein d'un établissement.....	34
2.4.1	Elaborer un rétroplanning et suivre les réunions .....	34
2.4.2	Identifier le profil des personnes accueillies et recruter les médecins correspondants.....	35
A)	Définir la typologie des personnes accueillies .....	35
B)	Déterminer le profil des médecins.....	35
2.4.3	Visiter des structures accueillant des patients ayant des pathologies similaires et créer de nouveaux partenariats afin d'inscrire l'activité sur le territoire..	35
2.4.4	Définir les modalités de prise en charge.....	36
2.4.5	Réaliser les maquettes organisationnelles .....	36
2.4.6	Recenser les besoins en formation.....	37
2.4.7	Recruter des professionnels adaptés .....	37
2.4.8	Concevoir des locaux fonctionnels et agréables .....	38
2.4.9	Se doter des équipements adaptés et réaliser les achats nécessaires .....	39
2.4.10	Actualiser les simulations budgétaires.....	40
2.4.11	Communiquer .....	41
2.4.12	Maintenir des relations saines et transparentes avec les autorités de tarification (ARS & CD) et les partenaires institutionnels .....	41
2.4.13	Evaluer.....	42
	Conclusion.....	44
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

### A

AP-HP..... Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS ..... Agence Régionale de Santé

ARH ..... Agence Régionale de l'Hospitalisation

AVC ..... Accident Vasculaire Cérébral

### C

CASF ..... Code de l'Action Sociale et des Familles

CD..... Conseil Départemental

CDU ..... Commission Des Usagers

CHSCT ..... Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CMC..... Centre Médico-Chirurgical

CME..... Commission Médicale d'Etablissement

CoPil ..... Comité de Pilotage

CPOM..... Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CNSA..... Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CRSA..... Caisse Régionale de Solidarité pour l'Autonomie

CSIRMT ..... Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-  
Technique

CSP ..... Code de la Santé Publique

CTE..... Comité Technique d'Etablissement

### D

DESSMS ..... Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

DMA..... Dotation Modulée à l'Activité

DMS..... Durée Moyenne de Séjour

DRASS ..... Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

### E

EPR ..... Etat Pauci-Relationnel

ETPR ..... Equivalent Temps Plein Rémunéré

EVC ..... Etat Végétatif Chronique

### F

FAM ..... Foyer d'Accueil Médicalisé

FEHAP..... Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne  
privés non lucratifs

FHF ..... Fédération Hospitalière de France

FHP..... Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France

## **G**

GHT .....Groupement Hospitalier de Territoire

GIR.....Groupe Iso Ressource

GMP .....GIR Moyen Pondéré

## **H**

HDJ.....Hôpital De Jour

## **I**

INSEE .....Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

## **L**

LFSS.....Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LMSS .....Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre  
Système de Santé

Loi ASV.....Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de  
la Société au Vieillessement

Loi HPST .....Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et  
relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

## **M**

MAS .....Maison d'Accueil Spécialisée

MCO.....Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH .....Maison Départementale des Personnes Handicapées

MPR .....Médecine Physique et de Réadaptation

## **O**

OMS.....Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM .....Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ONU.....Organisation des Nations Unies

## **P**

PMSI .....Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRIAC.....Programme Interdépartemental d'Accompagnement des  
handicaps et de la perte d'autonomie

PRS.....Projet Régional de Santé

## **S**

SLD.....Soins de Longue Durée

SMC .....Suites Médico-chirurgicales et Cancérologiques

SNS.....Stratégie Nationale de Santé

SPC.....Soins Prolongés Complexes

SPN.....Soins de Péri Natalité

SROS.....Schéma Régional d'Organisation Sanitaire/des Soins

SRPR.....Services de Rééducation Post-Réanimation



SSR ..... Soins de Suite et de Réadaptation

## **U**

UHR ..... Unité d'Hébergement Renforcée

USLD ..... Unité de Soins de Longue Durée

USPC ..... Unité de Soins Prolongés Complexes



## Introduction

La définition de la santé actuellement en vigueur dans l'ensemble du monde est celle figurant dans le préambule de 1946 de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>1</sup>. Cette définition constitue un idéal à atteindre vers lequel toutes les actions nationales et internationales tendent. Cependant, son caractère général ne permet pas de circonscrire un périmètre d'actions. Tout ou presque peut alors rentrer dans le champ de la santé ! Cette notion holistique et d'accomplissement personnel est reprise lors de la conférence d'Ottawa en 1986, où la santé est définie comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, et évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci »<sup>2</sup>. Une nuance est apportée, la santé n'est pas un but en soi, mais un moyen d'accéder à un accomplissement de la personne. La santé est donc perçue comme « une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie, il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques »<sup>3</sup>. La santé ne relève donc pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. En ratifiant la Charte d'Ottawa, lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé le 21 novembre 1986, la France a confirmé son adhésion à une approche globale de la santé. Cette approche globale, telle qu'elle avait été introduite par l'OMS, prend en compte la diversité des déterminants de la santé devant permettre à l'individu d'être acteur de son projet de vie. La France a également signé la convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) relative aux droits des personnes handicapées<sup>4</sup> dans laquelle elle s'engage à fournir aux personnes handicapées « des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes », « les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap », et ce « aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ». Cette approche systémique prend une signification particulière pour les personnes en situation de handicap dont le parcours de vie est intimement lié à leur état de santé. De plus, l'augmentation des maladies chroniques oblige à envisager les soins non plus comme une intervention ponctuelle et purement sanitaire mais comme un élément d'un parcours. Les soins se conjuguent ainsi avec le maintien et le développement des capacités de la personne à agir sur les déterminants de sa santé et le prendre-soin assuré par son entourage et par les professionnels. Plus encore que le besoin de soins,

---

<sup>1</sup> OMS, 2006, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé

<sup>2</sup> Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986, Charte d'Ottawa

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> ONU, 2006, Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif

l'accompagnement médico-social au niveau individuel implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée. En effet, doivent être pris en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources. Ces différentes dimensions seront amenées à évoluer tout au long de la vie de la personne et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, en fonction de ses besoins, de ses choix et de l'évolution de son environnement. Loin d'être linéaires, les parcours des usagers les amènent à avoir recours à plusieurs composantes de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de façon parfois simultanée, parfois successive et itérative.

La clé d'entrée pertinente n'est plus l'offre et ses différentes catégories sous la forme d'une logique de lits et places, ni les frontières entre territoires institutionnels, mais l'usager et ses besoins et attentes, le partage d'objectifs communs au service des personnes.

L'adaptation de l'offre aux besoins de la population nécessite de trouver un juste équilibre entre une allocation optimale des ressources, la sécurité des soins et le respect des contraintes budgétaires. C'est pourquoi, dans le cadre d'un environnement économique contraint, le système de soins et médico-social français connaît depuis les années 1970 un mouvement continu de réformes de ses modes de régulation, visant à accorder davantage d'autonomie aux acteurs en contrepartie d'une meilleure évaluation de la qualité et de la quantité de leur activité. L'ensemble de ces réformes consacre progressivement le passage d'une logique d'administration portée par les acteurs de terrain, plutôt ascendante (« bottom-up »), à une logique de pilotage, plutôt descendante (« top-down »). Elles orientent les structures vers une gestion efficiente et un pilotage de leur performance. « Pour le Conseil de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine. »<sup>5</sup> Une déconcentration progressive des politiques de santé a été entreprise et l'échelon régional a été considéré comme pertinent pour l'analyse des besoins de santé, le pilotage des politiques et l'organisation de l'action sanitaire. Inscrit dans le cadre de la révision générale des politiques publiques et de la réorganisation de l'administration territoriale de l'Etat, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi du 21 juillet 2009

---

<sup>5</sup> CNSA, 2012, « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », in *Rapport 2012*, p. 33

portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST)<sup>6</sup> a répondu à la volonté d'instaurer un pilotage unifié au niveau régional. Pour lutter contre les cloisonnements du système de santé, pour favoriser une prise en charge globale des personnes et une gestion plus rationnelle des moyens, la loi HPST a bouleversé les découpages sectoriels antérieurs entre les secteurs sanitaire, social et médico-social en confiant aux ARS une compétence générale en matière de régulation de l'offre médico-sociale. Cette inscription du médico-social dans le champ de compétence des ARS, qui répondait certes à une nécessité de complémentarité avec le secteur de l'offre de soins, a également prolongé le mouvement d'alignement des modes de régulation de ces structures sur les logiques de rationalisation gestionnaire qui ont cours depuis plusieurs années dans le secteur sanitaire. A la logique de croissance extensive qui a longtemps prévalu et qui consistait à juxtaposer les établissements grâce à des découpages et redécoupages catégoriels, se substitue une réorganisation intensive des activités pour assouplir et ouvrir leurs fonctions, pour mettre en cohérence leurs prestations selon des logiques transversales et territoriales et pour aménager des parcours dont le centre de gravité est la personne prise en charge. Ce resserrement des contraintes en termes d'organisation et de gestion s'est donc notamment traduit par un renforcement des outils de contrôle externe de l'activité des producteurs de services en santé, c'est-à-dire de l'ensemble des instruments grâce auxquels les pouvoirs publics organisent, régulent, orientent et sanctionnent l'action des producteurs de service en santé. Ces outils ont pour objet la vérification de l'activité afin d'une part, de contrôler qu'elle satisfasse aux besoins pour lesquels elle a été créée et d'autre part, que soit garantie son exécution dans le respect de la légalité et des moyens mis à sa disposition. De manière générale, ces outils visent à maîtriser un certain nombre de risques que les pouvoirs publics souhaitent éviter. Les outils de contrôle externe, au service d'une mise en application des critères de sélection préalablement définis dans les documents de planification et de programmation de la politique régionale de santé, constituent ainsi des outils de contrôle de l'opportunité de l'offre. Les différentes réformes ont engagé plus nettement encore les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux dans des démarches de régulation globale de l'offre et de management des établissements et services, afin de suivre l'évolution de leurs activités et de les orienter vers des logiques d'adaptation constante.

Il convient alors de maîtriser ces outils de contrôle externe, à disposition des autorités pour réguler l'offre de santé, et de comprendre dans quelle mesure ils permettent de répondre aux besoins contingents de la population. Le déploiement d'une nouvelle activité

---

<sup>6</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

au sein d'une structure incite alors les professionnels à s'interroger sur la démarche à adopter afin de garantir la sécurité et la qualité des prestations délivrées aux futurs usagers.

La planification sanitaire occupe une place centrale dans la régulation de l'offre sur le territoire et permet d'expérimenter de nouvelles activités (1). Ainsi, face à un nombre croissant d'usagers ne disposant pas de prise en charge adaptée, l'ARS Ile-de-France propose de créer des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) (2).

# **1 De la planification sanitaire à la maîtrise de l'offre sur le territoire**

Depuis le milieu des années 70, le ralentissement de la croissance et la modification du contexte économique vont susciter une crise de l'Etat providence de triple nature. La crise de l'Etat providence est caractérisée d'une part, par les difficultés de financement de la protection sociale. Comme le souligne l'adage, la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Les dépenses de soins hospitaliers du secteur public représentaient d'après l'INSEE<sup>7</sup> 70,1 milliards d'euros en 2015 contre 54,4 milliards d'euros en 2006, soit une augmentation d'environ 29 % en 10 ans. Pour les soins de longue durée, inclus dans le calcul de la dépense courante santé, les dépenses passent de 12,9 milliards d'euros en 2006 à 20,1 milliards d'euros en 2015, soit une augmentation d'environ 56%. Cette augmentation des coûts se matérialise notamment par une pression économique sur le système hospitalier. Bien que l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) soit en constante progression, les dépenses augmentent plus fortement. La différence doit alors être comblée par des économies et des gains de productivité. Le secteur hospitalier, représentant le poste de dépenses le plus élevé, a donc d'abord été choisi pour faire l'objet d'une démarche de planification. D'autre part, cette crise de l'Etat providence se matérialise par les doutes quant à son efficacité et enfin par les doutes quant à sa légitimité. Le système sanitaire et médico-social doit recentrer son activité sur les usagers et non sur les professionnels. Face à toutes ces évolutions, les pouvoirs publics n'ont cessé de promulguer une succession de réformes institutionnelles, de plus en plus orientées au fil du temps sur le redéploiement de ses structures et la régulation de ses financements. La planification d'une organisation des soins adaptée aux besoins de la population régule l'offre de santé disponible sur le territoire (1.1). Les autorités publiques disposent de plusieurs moyens pour mettre en œuvre les orientations et les dispositions de la politique de santé (1.2).

## **1.1 La planification sanitaire**

La planification vise à distribuer équitablement les biens, les services et les ressources aux populations d'un territoire. L'objectif est de réduire les inégalités et les disparités géographiques de santé. Elle se fait dans un cadre qui peut être plus ou moins autoritaire et contraignant, normatif ou seulement incitatif.

---

<sup>7</sup> INSEE. Tableaux de l'économie française Edition 2017. [visité le 03.07.2018], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569384?sommaire=2587886>

En France, la planification sanitaire, d'abord nationale, s'est progressivement régionalisée dans le cadre des dynamiques de la décentralisation et pour mieux orienter les choix en fonction des besoins et de l'offre de santé.

### **1.1.1 Organisation du système français**

Longtemps en France, les pouvoirs publics ont hésité entre le département et la région pour fixer le niveau le plus pertinent pour définir une politique de santé adaptée aux réalités locales. Le territoire régional est finalement apparu comme étant la meilleure échelle, ni trop grande, ni trop petite. Cependant pour certaines questions de santé, la décision doit relever du niveau national. En effet, il est parfois difficile de mesurer les besoins et de déterminer des réponses à apporter à une échelle territoriale trop réduite, même régionale. C'est le cas, par exemple, pour la prise en charge de certains handicaps rares. Un équilibre est alors à trouver entre, d'un côté, la nécessité de rapprocher l'autorité publique de la population concernée par ses décisions et, d'un autre côté, l'impératif d'une égalité de traitement pour cette même population. L'échelle territoriale retenue doit être suffisamment large pour permettre que se travaille une cohérence d'ensemble des différentes interventions en faveur de la santé, capable de répondre à la quasi-totalité des besoins d'une population.

Dans le secteur hospitalier, la notion de territoire entendu comme l'espace d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé émerge, dès 1970, avec la création de la carte sanitaire<sup>8</sup>. Dans une dynamique de territorialisation de la politique hospitalière, elle a eu pour objet de diviser la France en secteurs sanitaires afin d'homogénéiser et de réguler l'offre existante. Sur le plan institutionnel, dès 1992, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) puis, en 1996, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ont pris la responsabilité de la planification hospitalière et ont défini des secteurs sanitaires. Conçus dans le but de compléter l'outil de planification élaboré à l'échelon national, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) sont créés par la loi du 31 juillet 1991<sup>9</sup>. Un instrument de planification qualitatif est ainsi associé à un outil exclusivement quantitatif. Définis régionalement et à vocation essentiellement hospitalière, les SROS organisent l'offre de soins hospitaliers à partir de l'observation des besoins locaux et de l'analyse de l'offre disponible.

Par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>10</sup>, la carte sanitaire est supprimée et le SROS devient l'unique outil de planification. Le territoire de santé, envisagé comme élément structurant de l'offre, se substitue aux secteurs sanitaires. Les territoires de santé, comme

---

<sup>8</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>9</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>10</sup> 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



les secteurs sanitaires, servent de cadre d'organisation à l'offre de soins hospitalière. Leur dimension a peu varié par rapport à celle des secteurs sanitaires. La création des SROS s'est accompagnée de la mise en marche du mouvement de déconcentration du système de santé. La région s'est ainsi affirmée comme l'échelon de référence en matière d'organisation de l'offre de soins. Pour les autres secteurs de la santé tels que la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, les soins ambulatoires et le médico-social, les compétences ont été réparties entre les niveaux national et territorial, notamment entre les services déconcentrés de l'État, les collectivités locales, en particulier les conseils généraux, qui ont vu leurs compétences croître dans le champ médico-social à chaque avancée de la décentralisation jusqu'en 2005, les services de l'assurance maladie et les agences sanitaires.

En créant les ARS, la loi HPST entend poursuivre la régionalisation du système de santé français et mettre fin au cloisonnement des secteurs et des acteurs au profit d'une approche transversale de la santé. Elle confie à cette autorité régionale le pilotage territorial de la santé publique et la régulation de l'offre de santé. Les territoires de santé, définis depuis 2003 par rapport à l'organisation de l'offre de soins relevant de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ont vu leur contenu élargi par la loi HPST du 21 juillet 2009. Ils servent désormais de cadre géo-démographique à l'organisation et au développement des actions, dans tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, relevant de la compétence de l'ARS, y compris donc le médico-social et la prévention. Les ARS se substituent aux organismes publics, anciennement compétents en matière de santé. Leur champ d'intervention s'élargit pour couvrir la prévention et la santé publique, la veille sanitaire, les soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que la prise en charge et l'accompagnement médico-social. Cela leur permet de porter un regard unifié sur la santé et d'appréhender le parcours de l'individu dans sa globalité. Elles disposent ainsi de l'ensemble des pouvoirs sanitaires régionaux de l'État, qu'il s'agisse d'organiser, d'autoriser, de réguler ou de contrôler les acteurs.

Les ARS doivent élaborer un Projet Régional de Santé (PRS) transversal, qui intègre l'ensemble de leur champ d'intervention tout en s'inscrivant dans les orientations de la politique nationale de santé.

La politique nationale de santé s'exprime à travers de multiples éléments :

- Une stratégie globale de santé construite autour
  - de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), centrée sur quelques priorités,
  - des plans nationaux, fixant la doctrine de prise en charge d'un problème de santé ou d'un déterminant de santé et

- des stratégies décidées par les grands opérateurs de santé de l'Etat, avec leurs priorités propres, s'ajoutant à celles de la SNS qu'ils ont à mettre en œuvre ;
- Des priorités propres à chaque établissement public au travers par exemple des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
- Une évaluation des résultats.

Les PRS se substituent donc aux SROS pour organiser la planification et la programmation des actions dans les différents champs de compétence des ARS. Inscrite dans la continuité de la SNS, la Loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS)<sup>11</sup> conforte l'organisation régionale de la politique de santé définie par la loi HPST. Les parcours sont inscrits dans une approche territoriale portée par un PRS redéfini. Celui-ci fixe, selon l'article L.1434-1 du Code de la Santé Publique (CSP), « les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ».

L'organisation territoriale de la santé s'appuie, depuis la LMSS, sur les territoires de démocratie sanitaire remplaçant la notion de territoires de santé et sur les zones de répartition des activités de soins, de biologie médicale et des équipements matériels lourds<sup>12</sup>. Les questions de parcours et, à travers elles, de coopération et de coordination deviennent prégnantes. Pour définir ces espaces d'organisation et d'action, il est nécessaire, d'une part, de regrouper une population suffisamment nombreuse pour optimiser un ensemble d'équipements et de services complémentaires et, d'autre part, de délimiter des territoires dont les habitants sont susceptibles de recourir à l'offre de santé mise à leur disposition. Il est nécessaire de prendre en compte les comportements de la population à laquelle s'adresse l'offre de santé. Les usagers, en effet, sont indifférents à des limites territoriales qui ne sauraient, telle une frontière, les contenir. La population n'est pas captive de son territoire d'habitation. Il faut donc considérer les taux de fuite et d'attraction des équipements et services, les habitudes de déplacement des personnes pour leur travail et pour leurs achats. Par ailleurs, les découpages territoriaux voulus pour organiser et développer l'offre de santé cohabitent avec d'autres découpages obéissant à des logiques différentes, portant sur d'autres secteurs de l'action publique relevant de l'éducation ou de la justice. Les différentes composantes d'une offre de santé nouent des liens plus ou moins étroits avec ces autres secteurs. De nombreuses coordinations sont donc nécessaires pour faire fonctionner les différentes interventions publiques dans les champs de la santé, du social, de l'éducation et de la justice. Ces coordinations auraient été moins coûteuses en moyens si tous ces espaces d'organisation et d'action différents

---

<sup>11</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>12</sup> Article L.1434-9 du CSP

avaient été identiques. Il s'agit de trouver au sein d'un territoire la meilleure adéquation possible entre une offre de santé globale, les actions qu'elle déploie et une population qui y a recours. L'échelle de ce territoire sera donc fonction de la nature du problème de santé à prendre en charge, du volume d'activité nécessaire pour optimiser les équipements et les moyens humains à investir, de la proximité nécessaire entre les professionnels de santé et du social impliqués, devant collaborer entre eux, et les personnes à prendre en charge. L'adaptation de l'offre aux besoins d'une population au sein d'un territoire donné doit permettre de concilier entre eux plusieurs objectifs :

- L'optimisation des ressources ;
- La qualité des prises en charge ;
- La globalité de la réponse aux problèmes de santé ;
- Un accès équitable aux services de santé.

### **1.1.2 Processus d'élaboration du projet régional de santé**

L'article L.1434-2 du CSP définit le contenu des PRS. Ils s'articulent autour de 3 volets :

- Un cadre d'orientation stratégique qui définit les objectifs et les orientations de santé de la région à 10 ans ;
- Un schéma régional de santé sur 5 ans qui fusionne les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins, et d'organisation médico-sociale. Le schéma régionale de santé<sup>13</sup> détermine les besoins d'implantation pour les soins de premier et second recours, inopposables aux professionnels de santé libéraux, les objectifs de l'offre de soins par activité et équipement matériel lourd, ainsi que les transformations, regroupements et coopérations entre établissements de santé, les objectifs d'examens de biologie médicale et ceux de l'offre des établissements et des services médico-sociaux en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale<sup>14</sup>.
- Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Les PRS en vigueur s'appliquaient au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018, date de généralisation de cette nouvelle formule.

#### **A) Définition des besoins**

Le besoin de santé se définit comme un écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. Le simple constat d'un état de santé de la population n'est donc pas suffisant pour parler de besoin. Il faut établir un écart entre l'existant et le souhaitable.

---

<sup>13</sup> Article L.1434-3 du CSP

<sup>14</sup> Article L.312-4 du CASF

Deux catégories de besoins peuvent être définies : le besoin réel et le besoin ressenti. Le besoin réel est défini par des professionnels selon des méthodes de constat objectif. Cependant la réalité est plus complexe. Plusieurs lectures s'offrent aux observations. Les méthodes scientifiques évoluent. Le besoin réel est donc contingent. Il se caractérise par une appréciation sur la situation des personnes portées par des observateurs extérieurs aux intéressés ; il s'agit donc d'un besoin externe.

Le besoin ressenti est défini, quant-à lui, par les personnes concernées elles-mêmes. Il peut donc être exprimé ou non. Il semble discutable puisqu'il fait appel à la subjectivité des personnes. Le besoin ressenti apparaît contextuel. Il se caractérise par une appréciation portée par les intéressés eux-mêmes sur leur propre situation ; il s'agit donc d'un besoin interne.

Les besoins sont appréciés différemment selon les acteurs du système de santé qui les identifient. Ainsi, témoignant de la pluralité des besoins, quatre catégories possibles d'acteurs se distinguent : l'usager, le représentant élu de la population, le professionnel de santé et le gestionnaire de l'offre de santé. Au sein de chacun de ces quatre grands types de perception des besoins, des tensions, parfois fortes, existent.

Finalement, les besoins identifiés résultent de toutes ces appréciations parfois contradictoires. La notion de besoins est plurielle et porte sur l'état de santé et les services. L'idée est d'aboutir à une position partagée entre plusieurs acteurs ayant de ces deux sujets des perceptions différentes. Une étude épidémiologique emportera plus aisément l'adhésion que quelques expériences subjectives moins précises. La confrontation des points de vue est nécessaire. Les divergences font alors l'objet d'un arbitrage engageant la responsabilité de l'autorité publique compétente.

La mesure des besoins répond à une succession d'étapes reprises dans la figure ci-dessous<sup>15</sup>.

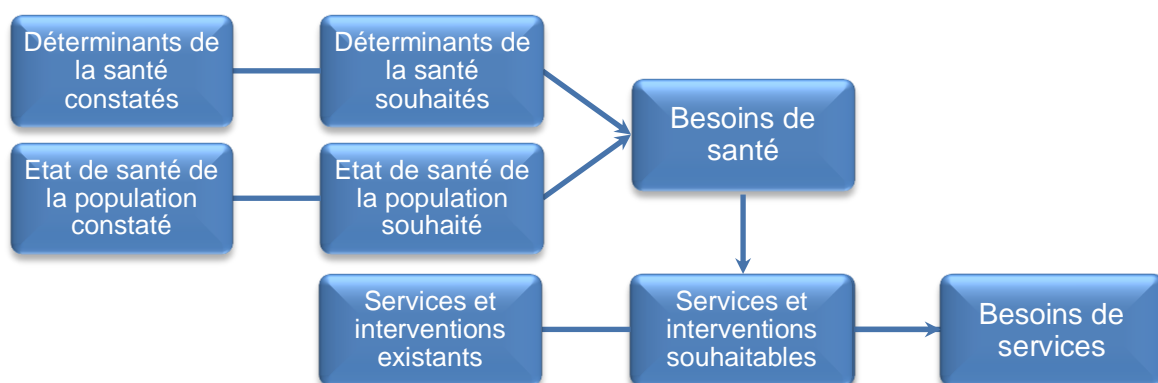


Figure 1 Les différentes étapes de définition des besoins

<sup>15</sup> LOPEZ A., 2013, *Réguler la Santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 341

L'existence de besoins se traduit alors par un manque de santé et de services. Il s'avère pertinent de comprendre les causes de ce manque. L'existence de déficiences dans la réponse apportée au problème de santé constaté exige la recherche de solutions. Et la détermination des raisons rendant compte de ces réponses insuffisantes aux besoins de santé constitue un préalable indispensable. Il s'agit de mesurer les faiblesses des réponses apportées, leurs insuffisances et d'en expliciter les causes. Le diagnostic se doit d'être objectif et complet. Il dresse donc certes l'état des faiblesses mais aussi l'état des forces sur lesquelles le dispositif de santé peut s'appuyer. Les forces et les faiblesses d'un dispositif de santé, expliquant les besoins de santé et de services existants, s'apprécient selon deux approches :

- La comparaison à des normes ou des référentiels ;
- Le rapprochement de l'offre de santé aux objectifs généraux et spécifiques pouvant lui être assignés.

Avant de se lancer dans le recensement de données, il est donc nécessaire de s'entendre collectivement à la fois sur :

- Les normes et référentiels à utiliser pour apprécier la valeur des réponses apportées sur les différentes thématiques cibles portant sur l'organisation de l'offre et les pratiques de santé ;
- Les grilles d'objectifs servant à positionner plus largement l'offre de santé dans les différents champs retenus pour cibles.

Les données à recueillir permettent le double positionnement de l'offre de santé par rapport à des normes ou des référentiels et par rapport à des objectifs hiérarchisés entre eux. De cette manière, les acteurs évitent le recueil inconsidéré et dispendieux d'une quantité indéfinie de données dont la plupart seraient inutiles, rassemblées souvent pour se rassurer, ne servant pas le plus souvent à l'analyse des problèmes de réponse aux problèmes de santé qu'il faut résoudre.

Ainsi, une réponse déficiente aux besoins de santé de la population sera explicable par :

- Le non-respect de normes et de référentiels, à l'échelle des thématiques retenues pour cibles, portant sur l'organisation de l'offre et les pratiques de santé ;
- Le positionnement jugé peu satisfaisant du dispositif de santé, par rapport aux grands objectifs qui lui sont assignables, à l'échelle des champs pris pour cibles.

#### B) Détermination des priorités et des objectifs du cadre d'orientation stratégique

Les problèmes identifiés qui justifieront le choix des priorités et objectifs de la politique de santé à déterminer, se formuleront à la fois par des représentations au niveau macroscopique, situant le dispositif de santé par rapport à un ensemble d'objectifs et au niveau microscopique, centrées sur des manques précis.

Les priorités et objectifs, destinés à corriger ces problèmes, guideront l'action publique pour une période définie de 10 ans. Cette période est assez longue pour développer les investissements nécessaires et assez courte pour éviter qu'un contexte instable rende obsolètes les orientations prises. Cependant des imprévus peuvent survenir et remettre en cause le cadre d'orientation stratégique. Il est nécessaire d'anticiper et donc de mesurer la probabilité de survenue de certains risques impactant directement la vie économique et sociale. Des barrières peuvent ainsi être déployées. L'avenir, par nature incertain, peut faire l'objet d'hypothèses qui permettent de réduire ces risques.

Il est alors utile de concevoir des scénarii différents susceptibles de se produire à moyen ou long terme. Ils doivent prendre en compte des problèmes de santé importants pour la population, en termes de nombre de personnes concernées et de gravité, et les conséquences de leurs survenues sur l'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé. Ces scénarios permettent d'ajuster les priorités et les objectifs pendant le déroulé du plan de santé. Les hypothèses de départ occupent, à ce titre, une importance particulière.

Une offre de santé doit répondre à tous les besoins. Or, les ressources sont limitées : un décalage existe entre les moyens disponibles et ceux nécessaires pour répondre aux différents besoins de la population. Par conséquent, des priorités en matière d'offre de santé doivent être définies.

Il est nécessaire d'objectiver au mieux les raisons conduisant au choix de telle ou telle priorité. Les critères à prendre en compte ont déjà permis de retenir les champs et thématiques cibles. Différents critères sont mis en avant afin d'arrêter des priorités.

Des moyens sont disponibles pour mettre en œuvre la priorité ; des études de coût permettent d'en évaluer la faisabilité. La priorité retenue concerne un grand nombre de personnes ou aura un impact sur les menaces les plus critiques pour le bien-être des personnes. Ou encore, elle porte sur des postes de dépenses importants, laissant espérer des gains d'efficacité significatifs. La priorité peut aussi répondre à des attentes fortes de la population.

Après une discussion collective, il est alors possible de déterminer les critères retenus définitivement et la pondération y afférente.

Rechercher le meilleur avantage possible pour la santé de la population oblige à analyser des choix difficiles. Pour être pertinent et accepté, le choix de la priorité doit résulter d'un processus de décision collective.

Les priorités déterminées et déclinées en objectifs destinés à les mettre en œuvre servent de cadre d'orientation stratégique. Selon l'article R.1434-3 du CSP, il comporte les domaines d'action prioritaires de la SNS pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. Il est révisé, après son évaluation, au moins tous les 10 ans.

Il est désormais nécessaire de décliner les dispositions opérationnelles qui constituent le schéma régional de santé.

### C) Détermination des dispositions opérationnelles du schéma régional de santé

Ces dispositions doivent pouvoir être définies par ceux qui auront à les mettre en œuvre, plus aptes à trouver les solutions correspondantes aux réalités de leur champ d'expérience. La construction d'un schéma doit obéir à une logique à la fois descendante et ascendante. En procédant ainsi, l'ARS, responsable de la préparation du schéma, s'assure du caractère de faisabilité technique, financière et sociale des dispositions qui seront retenues.

La construction descendante correspond au diagnostic des besoins et s'appuie sur le cadre stratégique et partant, sur les différentes priorités déclinées en plusieurs objectifs. Ce diagnostic, réalisé au préalable, permet d'identifier les ruptures de parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services<sup>16</sup>. Construit avec les acteurs de terrain, à partir de leur connaissance des besoins et des problèmes de réponse existants, il sert à interpeller tous les opérateurs afin qu'ils proposent des dispositions opérationnelles adaptées. Le schéma régional de santé s'appuie également sur le diagnostic territorial partagé que doivent réaliser les conseils territoriaux de santé. Il peut également s'appuyer sur les travaux des conférences régionales de santé et de l'autonomie, qui ont notamment pour mission de participer à la définition des objectifs et des actions de l'agence, en émettant des avis. Il peut enfin s'appuyer sur les travaux de la section sociale du Comité nationale de l'organisation sanitaire et sociale<sup>17</sup>. Il est censé se réunir au moins une fois par an pour évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et analyser leur évolution, et élaborer tous les 5 ans un rapport transmis à la CNSA.

La construction ascendante est issue des remontées des différents acteurs. Cette méthode permet d'enserrer les projets. Le cadre d'orientation stratégique offre à l'ARS un moyen de canaliser le dialogue avec tous les opérateurs. Il lui permet d'apprécier la pertinence des projets.

Quand des opérateurs concurrents existent, le schéma formule les attentes de l'ARS qui procède à un appel à projet pour retenir le mieux disant. Inversement, elle peut saisir tous les acteurs de santé du territoire sur lequel elle exerce sa compétence et leur demander

---

<sup>16</sup> Article R.1434-4 du CSP

<sup>17</sup> Articles R.6122-1 et suivants du CSP

de se positionner par rapport au cadre d'orientation stratégique. Par ailleurs, lorsqu'un projet répond parfaitement aux priorités ou objectifs du cadre d'orientation stratégique, il est retenu et inscrit comme une des dispositions opérationnelles du schéma. L'ARS a tout intérêt à inscrire des projets préparés par les opérateurs de santé dans son schéma. Elle reconnaît que ce projet sert l'intérêt général et montre son intention de faciliter sa réalisation. Le projet gagne en légitimité, à défaut éventuellement d'obtenir des financements supplémentaires spécifiques.

L'ARS élabore un schéma régional de santé en cohérence avec le cadre d'orientation stratégique et avec les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)<sup>18</sup>. Ce schéma est opposable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>19</sup>. L'ARS précise les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues par le schéma, notamment en ce qui concerne l'efficacité de ces dispositions. Le schéma régional de santé est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs, au moins tous les 5 ans.

D) Relations territoriales pour une mise en œuvre efficiente de la stratégie nationale de santé

Il convient de structurer les relations à établir entre les diverses autorités publiques compétentes en matière de santé.

D'une part, des allers-retours sont nécessaires entre le niveau national et les différents territoires au niveau desquels une autorité publique est responsable d'une stratégie de santé, chargée de mettre en œuvre la politique nationale et de la compléter par ses priorités et objectifs.

D'autre part, pour les établissements pour personnes âgées ou handicapées et pour les établissements et services expérimentaux, le schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents des Conseils Départementaux (CD) de la région et avec le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)<sup>20</sup>. Ce programme, établi par l'ARS, détermine les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places d'établissements et de services médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes handicapées. Un schéma départemental peut révéler des besoins non couverts appelant des réponses admises par le département mais considérées comme non prioritaires au plan du PRIAC. En considérant la forte proportion des structures nécessitant le

---

<sup>18</sup> Article R.1434-5 du CSP

<sup>19</sup> Article R.1434-7 du CSP

<sup>20</sup> Article L.312-5-1 du CASF



financement conjoint du CD et de l'ARS, la réalisation des projets demeurent soumises à la concordance des deux approches besoins – ressources pour pouvoir faire l'objet d'un appel à projet. Cette analyse met en exergue l'enjeu d'une nécessaire coordination et coopération des autorités publiques concernées.

## **1.2 Les différents outils à disposition des autorités publiques pour mettre en œuvre leurs schémas et programmes**

Les autorités publiques en charge de l'action collective en faveur de la santé dispose de moyens pour faire en sorte que ses opérateurs, c'est-à-dire aussi bien les établissements et services que les professionnels du secteur, mettent en œuvre les orientations et les dispositions de la politique globale de santé définie. Il est nécessaire de comprendre comment rendre ces outils, ces moyens les plus efficaces possibles. Différents leviers d'action ont été déployés afin de rationaliser les dépenses et de responsabiliser les gestionnaires d'établissements et de services sanitaires et médico-sociaux.

### **1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

Les CPOM avec les établissements de santé ou médico-sociaux, constituent un outil majeur de régulation de l'offre de soins. En effet, le CPOM est devenu le centre de gravité du partenariat liant l'ARS et les établissements de santé publics et privés<sup>21</sup>. De plus, la LFSS pour 2016 du 21 décembre 2015<sup>22</sup> et la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV)<sup>23</sup> organisent la généralisation du financement des EHPAD et des établissements accueillant des personnes handicapées au moyen des CPOM<sup>24</sup>.

La durée d'un CPOM est programmée pour une durée maximale de 5 ans. Avec la signature de CPOM, les gestionnaires et leurs autorités de tarification se mettent d'accord sur les moyens à affecter aux établissements et services et sur leurs modalités de révision pour chacune des années couvertes par le contrat. Ce document contractuel scelle un accord entre la ou les autorités publiques de santé chargées de l'autorisation et les établissements, portant sur les engagements stratégiques de ces derniers. Ils mettent en œuvre les orientations du PRS et, le cas échéant, du schéma départemental.

Les lois prévoient une succession linéaire entre le PRS, arrêté par le directeur général de l'ARS, et le CPOM. Celui-ci doit être conclu au plus tard 6 mois après l'arrêté fixant le PRS. Cette relation entre PRS et CPOM obéit donc à une logique descendante.

Pour préparer un CPOM, un établissement doit d'abord procéder à un autodiagnostic. Celui-ci doit pouvoir alimenter le diagnostic des problèmes de réponse aux besoins

---

<sup>21</sup> Article L.6114-1 du CSP

<sup>22</sup> Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

<sup>23</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>24</sup> Article L.313-11 du CASF

auquel les autorités publiques procèdent quand elles travaillent à l'élaboration de leurs schémas. Cette première étape de la préparation du CPOM devrait donc être engagée avant que le PRS et/ou le schéma départemental soit arrêté, dès le début de l'analyse des besoins.

Dès que le cadre d'orientation stratégique est connu, l'établissement peut faire part de ses projets opérationnels répondant aux priorités et objectifs du cadre. Il les inscrit dans son CPOM.

Cette imbrication des travaux de conception du PRS et du CPOM présente plusieurs avantages. D'une part, ces travaux préparatoires enrichissent les analyses des ARS, des CD et des établissements. D'autre part, ils associent davantage l'établissement à la détermination des priorités régionales du cadre d'orientation stratégique et des dispositions du schéma régional de santé et du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Enfin, le dialogue entre l'ARS, le CD et l'établissement est plus régulier.

Les 6 mois après l'arrêt du PRS devraient être réservés aux derniers ajustements du CPOM, l'essentiel de son contenu ayant été constitué parallèlement aux travaux d'élaboration du cadre d'orientation stratégique et du schéma régional de santé. Des avenants au CPOM permettent de pouvoir le compléter, le corriger et l'améliorer en cours d'exécution.

### **1.2.2 Les autorisations**

Les projets relatifs à la création, la conversion et/ou le regroupement d'établissements, de structures, d'activités ou d'équipements par des personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public sont soumis au régime des autorisations auprès de la ou des autorités administratives compétentes.

#### **A) Les autorisations sanitaires**

Les listes des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation sont disponibles respectivement aux articles R6122-25 et R6122-26 du CSP. La délivrance des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds est subordonnée au respect d'un certain nombre de conditions<sup>25</sup>. Certaines dérogations peuvent être accordées dans le cadre de l'article L.6122-2 du CSP alors même que les projets dérogent aux conditions de droit commun liées au respect de la planification. D'autres dérogations concernant les opérations de regroupement ou de conversion peuvent être accordées dans le cadre de l'article L.6122-6 du CSP.

---

<sup>25</sup> Articles L.6122-2, L.6122-3, L.6122-5 et L.6122-7 du CSP

Depuis la loi HPST, cette autorisation est délivrée par le directeur général de l'ARS<sup>26</sup> ; cette prérogative est inscrite dans une volonté de répondre aux objectifs de sélection, de recomposition et de coordination de l'offre de soins.

#### B) Les autorisations médico-sociales

Pour exercer leurs activités, les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumis à l'obligation d'obtenir une autorisation délivrée soit par le représentant de l'Etat dans le département, soit par le président du CD, soit par le directeur général de l'ARS, seul ou conjointement<sup>27</sup>. Outre un redécoupage du pilotage des établissements et services sociaux et médico-sociaux, instituant les ARS en régulateur du champ médico-social, la loi HPST<sup>28</sup> a bouleversé les principes même de sélection des projets médico-sociaux. Avant cette loi, les décideurs avaient recours à la technique des appels à projet. Mais celle-ci n'était définie par aucun texte législatif ou réglementaire. Certains constituaient donc de véritables appels à initiative, tandis que d'autres représentaient des appels d'offre déguisés. La loi HPST a donc offert un cadre légal aux appels à projet. Diverses mesures d'allégement de la procédure ont été adoptées par la suite. Le décret du 30 mai 2014<sup>29</sup> a notamment marqué la volonté de faciliter la conduite de la procédure d'appel à projet : il a modifié la partie réglementaire du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) pour préciser les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement de la procédure d'appel à projet préalable à la délivrance de l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. De plus, il a actualisé le seuil à partir duquel un projet d'extension est soumis à la procédure d'appel à projet<sup>30</sup>. Enfin, il a réformé les règles de fonctionnement de la commission de sélection des projets (cf. infra). La loi ASV a, quant-à elle, procédé entre autres aux modifications suivantes : extension du régime de l'autorisation aux projets de transformation d'établissements de santé en établissements ou services sociaux et médico-sociaux ; élargissement des cas d'exonération de la procédure d'appel à projet ; transformation de la commission de sélection en commission d'information et de sélection ; suppression de la visite de conformité préalable au renouvellement des autorisations.

#### C) Les avantages et les inconvénients liés au régime des autorisations

Pour être autorisée, une offre de santé devra remplir des conditions définies par l'autorité publique afin de garantir à l'usager la sécurité des soins prodigués. L'autorisation vaut autorisation de fonctionner sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité. A la

---

<sup>26</sup> Article L.6122-1 du CSP

<sup>27</sup> Article L313-3 du CASF

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> Décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

<sup>30</sup> Article D313-2 du CASF

suite d'un renouvellement tacite d'autorisation, cette visite est organisée à la discrétion de l'autorité compétente<sup>31</sup>.

En outre, l'utilisateur bénéficiera d'un droit à remboursement, plus ou moins partiel, de la dépense engagée pour la prestation obtenue, et/ou la structure recevra un financement public. Ce système d'autorisations offre un moyen de réguler l'offre sur le territoire. Autrement, l'offre de santé risquerait d'être excédentaire et générerait une inflation de la dépense.

Certes, l'acteur de terrain qui a obtenu l'autorisation se trouve donc protégé de la concurrence, mais cette situation présente l'inconvénient de ne pas permettre à un nouvel acteur plus performant de s'installer sur ce même territoire. Enfermé dans un carcan d'autorisations multiples, le dispositif de santé perd toute latitude et réactivité face à un environnement en constante mutation. Le régime des autorisations est relativement contraignant et laisse peu de libertés aux opérateurs. Il est donc nécessaire de trouver le juste milieu entre les règles posées par un régime d'autorisation et le développement de l'innovation, les progrès initiés dans les pratiques et les organisations.

### **1.2.3 L'appel à projet, procédure de délivrance d'une autorisation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la délivrance d'une autorisation, faisant appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, est soumise à la procédure préalable de l'appel à projet. Cependant l'article L.313-1-1 du CASF prévoit un nombre conséquent de dispenses de la procédure d'appel à projet. Outre les projets ne faisant pas appel à des financements publics, soumis à une procédure d'autorisation allégée<sup>32</sup>, la loi ASV prévoit l'exonération totale de la procédure d'appel à projet dans 5 cas et définit les exonérations de la procédure d'appel à projet qui donneront lieu à la conclusion d'un CPOM. Le choix du lancement d'une procédure d'appel à projet appartient aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation<sup>33</sup>. Elles engagent cette procédure, élaborent le cahier des charges, déterminent les modalités de publicité et soumettent les projets à l'avis d'une commission d'information et de sélection<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> Articles L.6122-10 du CSP et L.313-6 du CASF

<sup>32</sup> Respect des règles d'organisation et de fonctionnement, démarche d'évaluation

<sup>33</sup> Article L.313-3 du CASF

<sup>34</sup> Malgré certaines mesures de simplification introduites par le décret du 30 mai 2014, la loi ASV et le décret du 15 juin 2016, le décret du 26 juillet 2010 détermine les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet, le contenu de son cahier des charges et les modalités d'examen et de sélection des projets.

#### A) Le calendrier prévisionnel<sup>35</sup>

Ce calendrier est arrêté par l'autorité compétente ou, conjointement par les autorités compétentes. Au travers des outils de planification, il recense les besoins, par catégorie d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, pour lesquels l'autorité compétente ou les autorités compétentes envisagent de procéder à un appel à projet durant la période considérée. Ce calendrier a un caractère indicatif. Au moins une des procédures d'appel à projet doit être réservée, partiellement ou intégralement, aux projets innovants ou expérimentaux. Il est, a minima, publié au bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale. La publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projet, annuel voire pluriannuel, permet d'éclairer en toute transparence l'ensemble des parties prenantes, sur les besoins priorités à satisfaire, en concordance avec les moyens disponibles et les objectifs programmatiques définis dans les schémas et les programmes dont le PRIAC.

#### B) Le cahier des charges

La sélection des projets est réalisée dans le cadre de la procédure d'appel à projet lancée sur la base d'un cahier des charges réalisé par les autorités compétentes. Le cahier des charges établit la conformité du projet aux besoins inscrits dans le schéma régional de santé et le PRIAC. Le décret du 26 juillet 2010<sup>36</sup> précise les mentions incontournables devant figurer dans le cahier des charges<sup>37</sup>. Pour faciliter la réponse des candidats, le cahier des charges rappelle les dispositions législatives et réglementaires applicables au projet envisagé et mentionne les conditions particulières liées aux personnes accueillies. Les réponses peuvent présenter des variantes, sous réserve d'exigences minimales fixées par le cahier des charges, soit par modification de certaines conditions techniques décrites dans le cahier des charges, soit par dérogation aux exigences et critères posés par l'autorité publique.

Le décret du 30 mai 2014<sup>38</sup> définit une procédure plus ouverte composée d'un cahier des charges allégé pour les projets expérimentaux ou innovants. Ce décret précise que, pour les projets expérimentaux, le cahier des charges doit faire une description sommaire des besoins à satisfaire et des conditions de respect de la sécurité des biens et des personnes. Pour les projets innovants, le cahier des charges peut ne pas comporter de références aux besoins ni aux coûts cibles. Le cahier des charges laisse plus de latitude et d'initiative aux porteurs de projets dans la construction de leur réponse.

---

<sup>35</sup> Article R.313-4 du CASF

<sup>36</sup> Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

<sup>37</sup> Article R.313-3-1 du CASF

<sup>38</sup> Décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

L'appel à projet peut porter sur un ou plusieurs projets. Une procédure spécifique doit chaque année être réservée aux projets innovants et expérimentaux.

### C) Transparence et égalité de traitement

Selon l'article L.313-1-1 du CASF, l'objectif est « de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement ». Ces garanties de transparence et d'égalité de traitement se manifestent par plusieurs aspects. L'avis d'appel à projet, auquel est annexé le cahier des charges, où sont mentionnées les modalités de consultation et de diffusion du cahier des charges, précise les différents éléments de procédure tels que l'objet, les critères de sélection, les délais<sup>39</sup>.

La définition des critères de sélection et des modalités de notation ou d'évaluation mentionnée dans l'avis d'appel à projet permet d'alerter l'ensemble des promoteurs sur les éléments jugés essentiels dans leur réponse. Elle permet aux décideurs d'évaluer les différents dossiers de manière homogène et équitable. Cependant un biais subsiste en fonction des territoires et des décideurs. Les critères de sélection sont soit hiérarchisés, soit pondérés. Le choix des modalités de notation ou d'évaluation doit être en cohérence avec les attentes et spécifications exprimées dans le cahier des charges. Ces critères, ainsi hiérarchisés ou pondérés, constituent la base de la notation et de la classification des projets.

La publication de l'avis d'appel à projet a pour objet d'informer largement et avec précision les porteurs de projet. Il est publié a minima au bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale.

Les promoteurs déposent leurs projets dans les délais fixés par l'avis d'appel à projet et sont auditionnés par la commission d'information et de sélection afin de compléter leur projet et de répondre aux questions complémentaires des décideurs. Pour garantir l'égalité de traitement, les autorités ne prennent connaissance du contenu des candidatures qu'à l'issue du délai de consultation.

### D) Le rôle de l'instructeur

L'instructeur, introduit par le décret de 2010<sup>40</sup>, est désigné par l'autorité compétente et se voit octroyer plusieurs missions.

Il s'assure dans un premier temps de la régularité administrative des candidatures. Il vérifie la complétude du dossier. A ce titre, il est susceptible de demander des compléments au dossier des candidats.

---

<sup>39</sup> Article R.313-4-1 du CASF

<sup>40</sup> Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

Dans un second temps, l'instructeur procède à l'analyse au fond des projets. Il contrôle son adéquation au cahier des charges.

Cette procédure permet ainsi de refuser au préalable les candidatures déposées au-delà du délai mentionné dans l'avis d'appel à projet, dont les conditions de régularité administratives ne sont pas satisfaites, et les candidatures manifestement étrangères à l'objet de l'appel à projet. La décision de refus préalable revient au(x) président(s) de la commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social.<sup>41</sup>

Ensuite, d'après l'article R.313-5-1 du CASF, l'instructeur établit un compte-rendu d'instruction motivé mettant en avant les points forts et les points faibles de chaque candidat. Ces comptes rendus sont adressés aux membres de la commission d'information et de sélection 15 jours avant qu'elle se réunisse. Les instructeurs sont entendus par la commission mais ne sont pas invités à participer aux débats. Il peut être nécessaire de définir des critères supplémentaires afin d'harmoniser l'analyse des rapports lorsque plusieurs instructeurs sont nommés pour analyser les dossiers d'un même appel à projet.

E) La commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social

La commission d'information et de sélection d'appel à projet a une composition variant en fonction de l'autorité administrative compétente en matière d'autorisation. Cette commission se compose de membres permanents avec voix délibérative, de membres permanents avec voix consultative et de membres non permanents avec voix consultative<sup>42</sup>. La composition des commissions se différencie en 6 sections représentant les catégories d'établissements et de services au regard des autorités compétentes et donc des natures de personnes accueillies. Les présidences sont assurées par les autorités d'autorisation et de tarification compétentes, c'est-à-dire le directeur général de l'ARS, le président du CD, le préfet du département ou encore, le ministre chargé de l'action sociale. Lorsque les structures concernées font l'objet de cofinancements, la présidence est conjointe. La place des représentants des usagers est renforcée puisqu'ils sont représentés à parité avec les autorités d'autorisation et de tarification. Ces 6 configurations risquent de provoquer des cloisonnements. La loi ASV du 28 décembre 2015 étend le champ de compétences de cette commission. Elle est désormais amenée à se prononcer sur des projets non soumis à appel à projet.

La commission d'information et de sélection est réunie à l'initiative des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation<sup>43</sup>. Elle se réserve le droit de demander aux candidats des compléments au dossier déposé. Après avoir entendu les candidats ayant

---

<sup>41</sup> Article R.313-6 du CASF

<sup>42</sup> Article R.313-1 du CASF

<sup>43</sup> Article R.313-2-2 du CASF

répondu conformément au cahier des charges, la commission d'information et de sélection établit le classement des projets. Ce classement fait référence à une hiérarchisation et à une pondération des critères de sélection définis dans l'avis d'appel à projet. Ce classement est publié au bulletin officiel du ministère en charge de l'action sociale. Un rapport de commission est rédigé par le(s) président(s) reprenant l'autorité compétente, la nature des financements engagés et les motifs du classement.

Le classement rendu par la commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social constitue un avis. Ce dernier ne lie en aucun cas les autorités compétentes en matière de délivrance des autorisations. Elles ne sont donc pas tenues de suivre le classement de la commission. Si elles ne suivent pas l'avis de la commission, cette dernière doit en être informée<sup>44</sup>. Les autorités compétentes rendent leur décision sous la forme d'un arrêté d'autorisation.



Les nouvelles règles relatives aux appels à projet ont le mérite d'engager les organismes sociaux et médico-sociaux à s'inscrire dans une démarche stratégique et sélective, résultant de l'analyse de leur expérience, de leurs forces et de leurs faiblesses. Les établissements sont ainsi encouragés à réfléchir à leurs axes de développements prioritaires. Ils peuvent se concentrer sur des objectifs issus d'une étude approfondie des prescriptions fixées par les outils de planification au travers du PRS, du schéma départemental d'action sociale et médico-sociale et du PRIAC. Une action concertée, fondée sur des stratégies de complémentarité entre les acteurs territoriaux, pour une partition des opportunités en fonction des besoins de la population est à développer.

---

<sup>44</sup> Article R.313-7 du CASF



## **2 Déploiement d'une nouvelle activité au sein d'un établissement suite à la réponse à un appel projet : l'exemple de l'USPC à l'Hôpital du Vésinet**

Depuis plus de vingt ans, la recomposition de l'offre de soins et de sa gouvernance se situe au cœur des réformes successives du système de santé français. Le recours aux appels à projet impose aux établissements d'élaborer une stratégie de sélection des projets visant à sélectionner les usagers accueillis au regard des services proposés, et permettant de s'inscrire dans le territoire en complémentarité de l'offre existante. L'étude des besoins de santé a incité l'ARS Ile-de-France à développer des unités expérimentales, les Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) (2.1). Les caractéristiques de l'Hôpital du Vésinet répondent aux attentes définies dans le cahier des charges USPC, c'est pourquoi l'établissement a été retenu pour mettre en œuvre cette nouvelle activité (2.2). Après avoir explicité la démarche méthodologique employée (2.3), des points de vigilance ont été identifiés lors de la conception du projet USPC à l'Hôpital du Vésinet (2.4).

### **2.1 La naissance des unités de soins prolongés complexes**

Dans le cadre du PRS 2013-2017 de l'ARS Ile-de-France, issu de la révision du PRS 2011-2016, le volet hospitalier du schéma d'organisation des soins consacre une place à l'innovation des modes de prise en charge :

« L'objectif de modifier les organisations existantes, notamment celles qui permettent des parcours de santé ou de soins plus cohérents, afin de garantir l'adéquation entre les besoins de santé et l'organisation de l'offre de soins, dans un souci renforcé de lutte contre les inégalités, ne pourra être atteint qu'à la condition d'une grande latitude d'innovation laissée aux acteurs. L'agence a déjà initié plusieurs innovations comme pour la prise en charge des personnes âgées à Paris.

Dans cet objectif de promotion et de meilleure utilisation du principe d'innovation, des appels à projet seront formulés en direction d'acteurs de champs divers et sur des thématiques multiples, dans l'objectif prioritaire d'apporter plus de transversalité entre acteurs du système de soins et de permettre des prises en charge des patients, plus intégrées, mieux coordonnées, de meilleure qualité globale et plus efficaces.

Les conditions d'organisation de ces sollicitations seront définies en accord avec les professionnels. »<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> ARS Ile-de-France, 2013, *Projet Régional de Santé 2013-2017 – Schéma régional d'organisation des soins – le volet hospitalier*, pp. 22-23

### 2.1.1 Etude des besoins

Dans le cadre de la réforme de la tarification SSR, plusieurs études ont été menées. Elles ont mis en avant la présence de patients, présents au long cours dans certains services, considérés alors comme des « bed blockers ». Or la durée de séjour est un des éléments impactant la tarification SSR. L'ARS Ile-de-France a donc cherché une solution permettant de répondre aux besoins et aux attentes de ces patients.

A titre d'exemple, sont présentés les résultats de deux études ci-dessous.

Une étude<sup>46</sup> a été conduite au sein des établissements de SSR de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2010 afin de décrire les caractéristiques des patients trachéoventilés au long cours et leur prise en charge au sein de ces structures. Il en ressort que dans les services considérés, la majorité de ces patients, relativement jeunes, souffraient également de tétraplégie, qui provoquait une dépendance physique totale. « Leur prise en charge était particulièrement intensive avec, au-delà de soins respiratoires spécifiques lourds et continus, relativement rares en SSR (drainages bronchiques, relaxateurs de pression, ampliation thoracique...), de nombreux actes quotidiens de prévention et de prise en charge des complications de la tétraplégie et de la dépendance respiratoire (troubles du transit, escarres, maladies thromboemboliques, aspirations trachéo-bronchiques...). Ces situations, très lourdes en termes médicaux et générant de lourdes conséquences socio-professionnelles et familiales, nécessitent des visites médicales pluridisciplinaires quotidiennes, un soutien relationnel particulier, une implication importante dans l'organisation de la prise en charge d'aval et la constitution d'un projet de vie chez ces sujets fréquemment encore jeunes. »<sup>47</sup>

Par ailleurs, la Société française (Sofmer) et la fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer) ont étudié le parcours de soins des patients ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)<sup>48</sup>. Ils proposent quatre parcours de soins différents en fonction de la sévérité et des déficiences du pronostic fonctionnel. Chaque catégorie est ensuite analysée selon des paramètres personnels ou environnementaux de complexité qui justifient des compétences spécifiques, du temps supplémentaire ou entraînent des surcoûts. La catégorie 3 regroupe des personnes atteintes de plusieurs déficiences<sup>49</sup> avec un potentiel de récupération limité, pour lesquelles un projet d'autonomie peut être envisagé de manière partielle ou est impossible. Il s'agit d'AVC hémisphériques totaux, bilatéraux ou multiples. La catégorie 4, quant-à elle, regroupe des

<sup>46</sup> GUERRA J., LUCIOLLI E., FELCE A. et al., 2015, « Spécificités des patients trachéoventilés au long cours au sein du PMSI SSR », *Journal de réadaptation médicale*, n°35, pp. 69-74

<sup>47</sup> *Ibid.* p. 73

<sup>48</sup> YELNIK A.-P., SCHNITZLER A., PRADAT-DIEHL P. et al., 2011, « Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways : « Stroke Patients » », *Annals of physical and rehabilitation medicine*, n°54, pp. 506-518

<sup>49</sup> au moins des troubles des fonctions cognitives telles que des troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives et/ou de troubles du comportement

personnes ayant subi de graves accidents à l'origine de multiples déficiences<sup>50</sup> et pour lesquelles aucun projet d'autonomie est possible. Il s'agit d'états cliniques de locked-in-syndrome et d'Etats Végétatifs Chroniques ou Pauci-Relationnels (EVC-EPR) secondaires à des AVC bihémisphériques ou du tronc cérébral. Après avoir été suivi en soins de rééducation post-réanimation ou en SSR spécialisé en MPR, certaines personnes nécessitent une prise en charge en institution adaptée.

Parallèlement aux multiples études scientifiques, l'ARS Ile-de-France a conduit une enquête relative aux « Bed Blockers »<sup>51</sup>. Cette enquête a été conduite auprès des services de réanimation, de neurologie, de neurochirurgie et des SSR spécialisés en neurologie situés en Ile-de-France du 10 au 16 février 2014. Ainsi sur les 78 services ayant répondu, 40 % étant en MCO et 60% en SSR, 14,3 % des patients (372) sont considérés comme des bloqueurs de lits avec une Durée Moyenne de Séjour (DMS) de 265 jours et un âge moyen de 51 ans. Cette enquête a permis de mettre en évidence le manque de services adaptés pour ces patients puisqu'ils ne pouvaient pas non plus être accueillis au sein d'une structure médico-sociale de type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ou Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Pour certains, il s'agissait de leur endroit d'origine avant l'entrée dans le service où ils étaient pris en charge. Cette étude a servi de support aux réflexions menées par l'ARS.

Elle a été initiée suite aux retours effectués par les services de SSR auprès du responsable SSR au niveau régional. Ces services faisaient remonter la présence de patients au long cours dans leurs unités, que le secteur médico-social refusait de prendre en charge car ces derniers étaient considérés comme « trop lourds ». Plusieurs raisons étaient alors sous-tendues par les structures médico-sociales :

- Economiques : leur prise en charge était trop chère pour la structure par rapport au prix de journée fixé ;
- Surcharge de travail : la charge en soins était trop importante ;
- Techniques : les compétences du personnel étaient inadaptées à ce type de prise en charge.

Outre le déséquilibre financier pour les établissements SSR, la nouvelle tarification aurait incité les établissements à refuser de prendre en charge ce type de patients.

---

<sup>50</sup> par exemple, des paralysies massives, des troubles de l'éveil et de la communication, et/ou une déficience respiratoire

<sup>51</sup> ARS, 2014, *Enquête « BedBlockers » Groupe USPC*, 35 p.

## 2.1.2 Inscription dans le projet régional de santé de l'ARS Ile-de-France

Les SSR, définis par les décrets du 17 avril 2008<sup>52</sup> et la circulaire du 3 octobre 2008<sup>53</sup>, représentent un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ou secteur médico-social. Les SSR ne doivent plus être seulement reconnus comme l'aval du MCO, mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient, permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine. La réforme de la tarification a mis en évidence des patients nécessitant des soins prolongés. En effet, « 15 à 20% des patients en SSR sont en situation de handicaps lourds et complexes, entraînant par ce fait des coûts spécifiques et un allongement de la DMS, et par défaut souvent une accessibilité difficile ou impossible aux soins »<sup>54</sup>. Ces patients sont confrontés à une impasse hospitalière ou médico-sociale à la sortie de MCO, puis en SSR. Sur la base des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2010, « l'analyse des prises en charge de plus de 90 jours représentent près de 19% des journées SSR et celles de plus de 120 jours, 11% des journées SSR. L'analyse des Centres Médico-Chirurgicaux (CMC) met en évidence qu'environ 1 patient sur 2 relève d'une suite d'affection du système nerveux et/ou de troubles mentaux et du comportement. Pour les prises en charge de plus de 90 jours, on note une prévalence des personnes âgées (...) et une prévalence des affections du système nerveux (...). Par ailleurs, plus de 57% des journées concernent des patients présentant un fort score de dépendance physique (de 14 à 16) et plus de 48% un fort score de dépendance relationnelle (de 7 à 8). Ces profils de patients lourds et complexes justifient d'une prise en charge plus longue mais restent encore trop souvent en attente de placement, par manque de réponse spécifique (médico-social spécialisé, soins prolongés avec un fort contenu sanitaire) et en raison de la complexité des réponses juridiques (mise sous tutelle...) et administratives (droit à compensation...). »<sup>55</sup> Un enjeu majeur du volet SSR est donc de « résoudre les blocages du parcours de réadaptation »<sup>56</sup>. « Souvent qualifiés de « bloqueurs de lits », ces patients sont exposés à un haut risque de rupture de parcours, compromettant la cohérence et la qualité de leur prise en charge et de leur projet de vie. [...] L'enjeu principal est de leur garantir l'accès à un parcours coordonné de qualité ; c'est aussi un enjeu social, éthique et médico-économique. »<sup>57</sup> Plusieurs objectifs permettent de répondre à cet enjeu. L'un des objectifs

---

<sup>52</sup> 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

<sup>53</sup> Circulaire DHOS/O1 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

<sup>54</sup> ARS Ile-de-France, 2013, *Projet Régional de Santé 2013-2017 – Schéma régional d'organisation des soins – le volet hospitalier par thématiques*, p.272

<sup>55</sup> *Ibid.* pp.275-276

<sup>56</sup> *Ibid.* p.282

<sup>57</sup> *Ibid.* p.282

est alors d' « améliorer la prise en charge des handicaps lourds et complexes et des maladies chroniques »<sup>58</sup>. Cet objectif, décliné en plusieurs sous objectifs, comprend l'organisation en amont et en aval du SSR pour les patients lourds et complexes en lien avec le volet médico-social du SROS.

Dans le cadre du bilan du volet hospitalier du SROS du PRS 2013-2017 concernant le domaine des SSR, plusieurs actions ont été mises en place afin de répondre au sous-objectif précité en ce qui concerne les « parcours bloqués ». Ainsi, en amont, 8 Services de Rééducation Post-Réanimation (SRPR), composés 7 services adulte et 1 service pédiatrique, soit un total de 96 lits (36 lits à orientation pneumologique, 48 lits à orientation neurologique, 12 lits pédiatriques), permettant de faire sortir des patients des services de réanimation, ont été créés selon une répartition géographique cardinale et en lien direct avec un service de réanimation suite à la réponse à un appel à projet. En aval, 4 à 5 Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) sont envisagées pour les patients entre 18 et 60 ans qui n'ont plus de possibilité de progression.<sup>59</sup>

Dans le cadre du schéma régional de santé du PRS 2018-2022, la résolution des parcours bloqués et/ou complexes reste une priorité en SSR. Les SRPR doivent continuer leur montée en charge et être évalués dans le cadre de ce PRS 2. Et des USPC doivent être mises en œuvre. « Ces unités, orientées vers la prise en charge de pathologies neurologiques visent à répondre aux patients pour lesquels il n'existe plus de possibilité de progression, mais dont l'état nécessite des hospitalisations très prolongées, et une charge en soins importante. L'identification de 4 unités de 24 lits, soit une centaine de lits au niveau régional, est prévue dans le cadre d'un appel à projets. Ces unités ont été priorisées sur le champ adultes pour des raisons de dispersion de patients, mais une réflexion devra être amorcée sur le secteur pédiatrique où ces unités existent de facto déjà mais ne sont pas bien identifiées par la réglementation.»<sup>60</sup> Ainsi, dans le département des Yvelines, « il est proposé d'augmenter le nombre de sites d'USLD pour permettre l'expérimentation d'USPC et envisager des extensions de capacités pour faire face aux évolutions démographiques des personnes âgées »<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> *Ibid.* p.298

<sup>59</sup> ARS Ile-de-France, 2018, *Projet Régional de Santé 2013-2017 – Bilan – Schéma d'organisation des soins*, p.35

<sup>60</sup> ARS Ile-de-France, 2018, *Projet Régional de Santé 2018-2022 – Schéma régional de santé*, p.199

<sup>61</sup> *Ibid.* p.213

### 2.1.3 Elaboration d'un cahier des charges

Comme le souligne Monsieur le délégué territorial de la Direction départementale des Yvelines à l'initiative de cette expérimentation, « le choix de l'intitulé n'est pas anodin » :

- « Unité » se réfère à l'idée que ce type de patients ne soit pas dispersé mais rassemblé dans des types de structures où les professionnels disposent du savoir-faire ;
- « Soins Complexes » permet de mettre en évidence la dimension importante des soins chez ces patients ;
- « Prolongés » insiste sur la durée de séjour.

Ces unités visent à accueillir des personnes entre 18 et 60 ans pour lesquelles les durées de séjour sont de type médico-social et l'intensité en soins de type sanitaire. Les USPC tendent à allier lieux de soins et lieux de vie.

Avec la création de ces unités, deux écueils sont évités. D'une part, les patients ont une durée de vie plus importante puisqu'ils reçoivent les soins appropriés à leurs pathologies. D'autre part, les relations avec le patient et sa famille sont facilitées puisque le personnel a appris à gérer ces relations sur la durée contrairement à celles avec des patients relevant de MCO ou de SSR ayant une DMS courte.

Les pathologies complexes sont essentiellement neurologiques. Un certain nombre de patients composant ces unités seront aussi porteurs d'une trachéotomie avec ou sans ventilation et/ou d'une alimentation par gastrostomie. En effet, les patients porteurs d'une trachéotomie rencontrent des difficultés de prise en charge en dehors des services de réanimation.

Face à ces constats, des membres du Comité de Pilotage (CoPil) SSR, CoPil de suivi du PRS au niveau de l'ARS pour le volet SSR, se sont emparés du sujet en 2013-2014 et ont rédigé le cahier des charges. Ce CoPil était composé de médecins de SSR, de directeurs d'établissement spécialisé en SSR et de représentants des fédérations telles que la FHF<sup>62</sup>, la FEHAP<sup>63</sup> et la FHP<sup>64</sup>. Ils ont visité des structures qui accueillaient déjà ce profil de patients, notamment à l'Hôpital La Roche Guyon, spécialisé dans le polyhandicap pédiatrique, et à l'Hôpital Albert-Chenevier, pour les adultes. Ils ont précisé le circuit patient. Ils ont ainsi tenté de définir des effectifs suffisants en termes de soins, de rééducation et d'animation. « Les USPC prennent en charge des patients lourds et complexes. Elles sont positionnées en aval des SSR neurologiques et pneumologiques.

---

<sup>62</sup> Fédération Hospitalière de France

<sup>63</sup> Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

<sup>64</sup> Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France

[...] Leur objectif est d'accueillir en sortie de SSR spécialisé, des patients sans possibilité de progression, dont la charge en soins, la complexité médicale rendent impossible le retour à domicile ou l'orientation vers le secteur médico-social. [...] Maillon inexistant de la filière, ces lieux de soins et de vie doivent permettre une prise en charge pluridisciplinaire, un accompagnement psychologique, social et éducatif indispensables à la conception et à l'élaboration d'un projet de vie adapté à la situation de handicap, répondant aux souhaits de la personne et de sa famille. »<sup>65</sup>

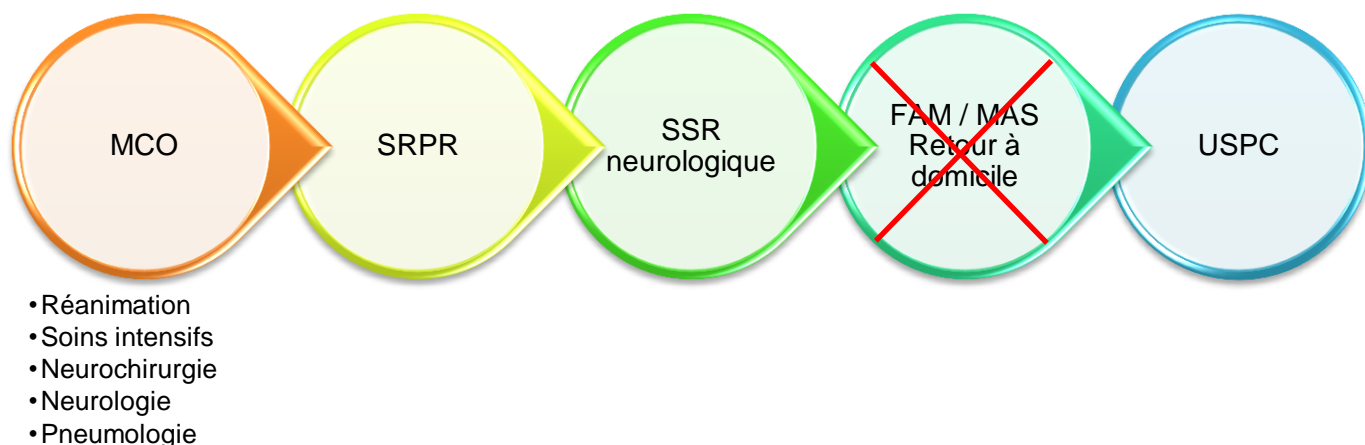


Figure 2 Parcours patient USPC

La charge psychologique pour le personnel est importante. C'est pourquoi, la taille des unités est de 12 ou 24 lits ; ces unités sont adossées à un SSR. Le personnel pourra être mutualisé ou exercer des rotations entre les unités. A terme, les relations avec les patients et leur famille se dénaturent ; l'affect entre en jeu et peut être source de tensions voire de conflits.

« A terme, ces unités relèveront donc toutes du statut juridique d'USLD afin d'assurer une prise en charge sans limitation de durée. Elles seront financées par une dotation spécifique. »<sup>66</sup>

## 2.2 L'Hôpital du Vésinet

Ayant répondu à l'appel à projet lancé en juin 2017, par l'ARS Ile-de-France, l'Hôpital du Vésinet a présenté sa candidature au comité ad hoc, au siège de l'ARS, le 14 décembre 2017. L'appel à candidature était ouvert à l'ensemble des établissements ayant une autorisation d'USLD ou aux établissements de SSR situés dans un département où il y avait des autorisations vacantes d'USLD. L'USPC donne lieu à une transformation de lits existants soit relevant d'USLD soit relevant de SSR. Finalement, l'ARS a privilégié les

<sup>65</sup> ARS, 2017, *Cahier des charges – USPC*, p.4

<sup>66</sup> *Ibid.* p.4

transformations de lits relevant d'USLD. L'Hôpital du Vésinet a alors fait évoluer sa présentation par rapport au dossier transmis, passant d'une transformation de 12 lits de SSR à une transformation de 12 lits d'USLD. Suite à un avis favorable à l'unanimité du comité, l'ARS a alors retenu l'établissement pour une unité de SPC de 12 lits par conversion de lits d'USLD le 7 février 2018.

Par ailleurs, un nouveau médecin a été recruté à partir du 1er février 2018 et a accepté de s'engager dans cette nouvelle mission.

### **2.2.1 Une diversité de patients**

L'Hôpital du Vésinet est un établissement de moyen et long séjours, membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Yvelines Sud. Il dispense, d'une part, des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et, d'autre part, des Soins de Longue Durée (SLD). L'Hôpital du Vésinet est doté de quatre services cliniques :

- service de SLD : 60 lits ;
- service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) : 82 lits et 32 places ;
- service de Soins de Péri Natalité (SPN) : 41 lits (20 prénatal et 21 post-natal) et 23 berceaux ;
- service de Suites Médico-chirurgicales et Cancérologiques (SMC) : 60 lits.

Il comprend un plateau technique spécialisé de rééducation, une pharmacie à usage intérieur et un service d'électroradiologie et d'imagerie médicale. L'activité de laboratoire a été transférée en septembre 2009 au Centre Hospitalier de Versailles.

Sur le plan médical, l'Hôpital du Vésinet est reconnu dans son activité de rééducation et plus particulièrement dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur (corset du Vésinet). Depuis janvier 2008, il développe une prise en charge des affections du système nerveux en partenariat avec le Centre Hospitalier de Versailles avec lequel une convention a été signée. Afin de poursuivre son virage ambulatoire, amorcé en MPR, depuis 2003, l'établissement souhaite développer et diversifier ses activités d'Hôpital De Jour (HDJ). Une conversion de lits d'Hospitalisation Complète (HC) en places d'HDJ est notamment prévue en SPN.

Le service de SPN est spécialisé dans le suivi médical, psychologique et social de la mère et de l'enfant avant et après la naissance, ce service comprend deux secteurs essentiels :

- un service d'hospitalisation pré et post natale pour toutes les pathologies somatiques ou psychiques venant perturber le déroulement de la grossesse ou l'instauration des premières relations mère/bébé ;



- des consultations externes de gynécologie et suivi de grossesse, maladies du sein, colposcopie, centre de planification familiale.

En 2017, dans le cadre du virage ambulatoire, l'hôpital s'est vu accorder une autorisation d'exercer pour 6 places d'HDJ dans son service de soins en périnatalité.

Le service de SMC accueille des personnes provenant de services de court séjour après une intervention chirurgicale ou une maladie aiguë justifiant la poursuite des soins en milieu hospitalier avant leur retour à domicile. Dans le domaine de la cancérologie, l'hôpital a été reconnu en 2009 en qualité d'établissement associé en cancérologie SSR.

Parallèlement, l'hôpital propose une large prise en charge de la personne âgée allant des consultations à l'hospitalisation en SLD. Afin de maintenir les liens familiaux et amicaux, le service privilégie l'hospitalisation des patients habitant ou dont la famille réside à proximité. Le service de SLD a une capacité d'accueil de 60 lits. Les patients présentent des pathologies multiples et associées. Plus de la moitié des patients présentent un handicap neurologique, en majorité à la suite d'un AVC, particularité à rapprocher de l'activité neurologique du service de MPR de l'hôpital. Les patients ont une dépendance élevée. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) a été validé le 30 novembre 2015 à 911 pour 56 patients. La consultation de gériatrie est ouverte depuis 2001 aux patients âgés résidant à proximité de l'hôpital, et adressés par leur médecin traitant. Et une aide aux aidants est proposée depuis 2013 dans le cadre de la consultation mémoire, labellisée par l'ARS. L'hôpital Le Vésinet vise ainsi à répondre aux besoins du territoire. La convention tripartite a été signée le 30 juin 2016 et prévoit notamment d'améliorer la prise en charge des séquelles du langage après AVC et des troubles de la déglutition et de favoriser la dimension relationnelle de tous les soins. Un projet de restructuration architecturale du bâtiment accueillant l'USLD permettra de transformer les chambres doubles en chambres simples.

L'Hôpital du Vésinet accueille donc des patients de tout âge et de sociologie très différente, nécessitant une offre différenciée pour satisfaire leurs besoins.

### **2.2.2 De multiples professionnels**

La politique de soins s'inscrit dans une démarche qualité permettant une prise en charge personnalisée du patient, coordonnée et organisée en équipe pluridisciplinaire compétente. L'amélioration continue de la qualité des soins et de l'organisation formalisée dans le projet d'établissement se définit par l'approfondissement de la démarche de soins, le souci de traçabilité, la mise en œuvre d'actions transversales et pluridisciplinaires :

- La lutte contre les infections nosocomiales

- La prise en charge de la douleur
- Les soins palliatifs
- La lutte contre la dénutrition / déshydratation
- La prévention des escarres

Les professionnels sont sensibilisés au respect du secret professionnel et au secret médical.

Comme cela était inscrit dans les orientations stratégiques du précédent CPOM, l'établissement a déployé un dossier patient informatisé standardisé sur l'ensemble de ses services (2010 prescription informatisée, 2011 déploiement des autres fonctionnalités). L'hôpital s'attache désormais à parfaire la connaissance de l'outil et à en corriger les dysfonctionnements constatés dans son usage quotidien. Les modalités de constitution et de tenue du dossier font l'objet d'une procédure, ainsi que les modalités de transmissions orales et écrites.

Le dossier du patient, élément unique de recueil d'information, répond à une procédure détaillée intégrant toutes les règles d'utilisation. Les modalités d'information et de transmissions des informations dans le dossier patient entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux sont codifiées et efficaces.

Les professionnels, tant médecins, rééducateurs que soignants sont acculturés aux différents modes de prise en charge. L'Hôpital du Vésinet a développé son expertise dans plusieurs domaines :

- expertise d'une USLD dans laquelle les personnes admises ont un véritable projet de vie, au-delà de leur prise en charge sanitaire pour des pathologies lourdes et chroniques ;
- expertise d'une équipe pluridisciplinaire, composée d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes ou encore de psychologues, exerçant sur un plateau technique particulièrement complet ;
- expertise du SPN, unique en France, accueillant des femmes rencontrant des situations complexes, qui ne peuvent ni être prises en charge par les services de gynécologie obstétrique, ni recourir aux services de la protection maternelle infantile.

### **2.2.3 Un environnement agréable**

Fleuron de l'architecture du Second Empire, l'Hôpital du Vésinet est créé par Napoléon III (1855) sous le nom d'Asile Impérial, destiné à accueillir les ouvriers convalescents ou bien mutilés durant leur travail. Au cours des siècles, il changera souvent de destination mais poursuivra toujours sa mission, avec la même volonté de procurer aux patients un

temps de pause, une parenthèse consacrée à la reconstruction du corps et quelquefois de l'esprit, avant le retour à la vie quotidienne. Les jardins ont été réaménagés au début du XXI<sup>ème</sup> siècle afin d'offrir aux usagers un lieu de promenade récréatif. Ils sont accessibles aux personnes à mobilité réduite et des bancs sont disposés dans le parc.



Figure 3 Hôpital du Vésinet

Dans le cadre de l'expérimentation menée par l'ARS Ile-de-France, l'Hôpital du Vésinet a été retenu pour ouvrir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 une USPC de 12 lits, par conversion de lits d'USLD. Le projet architectural s'est donc vu modifier. Ces transformations, accompagnées par la mise en place du GHT, nécessitent de repenser à la fois l'architecture et l'organisation des unités de soins de l'établissement, réflexions entreprises de façon collective et transversale avec l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

### 2.3 Démarche méthodologique

Après avoir réalisé une revue de littérature, accompagnée de l'étude des textes de lois, concernant les différents thèmes afférents à la planification sanitaire, évoqués dans la première partie, il s'agit de définir plus précisément le contexte au niveau de l'établissement.

L'analyse du PRS Ile-de-France m'a permis de comprendre les besoins à l'origine de la création cette nouvelle unité destinée à accueillir des patients lourds et complexes. L'entretien, que m'a octroyé Monsieur le délégué territorial de la direction départementale des Yvelines, à l'initiative de cette expérimentation, m'a éclairé sur la genèse du projet.<sup>67</sup>

L'Hôpital du Vésinet ayant été retenu, une organisation en mode projet a donc été adoptée afin de mener à bien les différentes étapes nécessaires à l'ouverture de l'USPC au 1<sup>er</sup> janvier 2019. La fiche projet est disponible en annexe 2. Un comité de pilotage composé des présidents d'instances et du médecin en charge de la future unité a été

---

<sup>67</sup> Cf. annexe 1

constitué dont le rôle est de prendre connaissance du fruit des réflexions des groupes de travail, de valider les orientations proposées et d'informer les instances et personnels selon les besoins. Plusieurs groupes de travail pluridisciplinaires ont été formés en fonction des thématiques abordées.

J'ai ainsi piloté ces groupes de travail, constitués à partir de février 2018, afin de :

- concevoir l'organisation de l'USPC dans toutes ses composantes ;
- mener à leur terme les opérations de travaux de reconstruction du bâtiment USLD visant à remplacer les chambres doubles par des chambres simples et intégrer l'USPC au sein de ce même bâtiment.

Parallèlement, j'ai participé à plusieurs visites d'établissements<sup>68</sup> recevant ce type de patients ou pour lesquels, cette future unité représenterait un aval.

Plusieurs points de vigilance ont ainsi pu être mis en exergue au cours de la conception de ce projet. Ils sont développés ci-dessous. Ces derniers sont appuyés par des recommandations issues d'un état de l'art relatif à la création d'une nouvelle activité.

## **2.4 Les points de vigilance pour la mise en place d'une nouvelle activité au sein d'un établissement**

Après que l'établissement a été retenu pour l'appel à projet, les services doivent se mettre en ordre de marche afin de déployer l'activité dans un délai raisonnable.

L'ouverture au 1<sup>er</sup> janvier 2019 de l'USPC nécessite de définir un certain nombre de points préalables afin d'assurer un accueil et une prise en charge de qualité d'un nouveau type de patients. Ce projet comporte deux phases : une dès le 1er janvier 2019 et une autre à l'issue des travaux de reconstruction. Les admissions en USLD ont donc été suspendues temporairement afin de libérer des chambres pour pouvoir accueillir les premiers patients d'USPC.

### **2.4.1 Elaborer un rétroplanning et suivre les réunions**

Après avoir listé les différentes phases nécessaires avant la mise en place d'une nouvelle activité, il est important de réaliser un rétroplanning. Différents logiciels de gestion de projet permettent de réaliser un rétroplanning et de suivre l'effectivité du projet tel que Gantt Project.

Le calendrier du projet USPC et du projet d'extension/restructuration du bâtiment USLD – USPC est disponible en annexe 3.

Chaque réunion donne lieu à un compte-rendu détaillé reprenant les éléments principaux, accompagné d'un plan d'action, suivi au fur-et-à-mesure de l'avancée du projet.

---

<sup>68</sup> *Ibid.*

Par ailleurs, des accès aux dossiers informatiques partagés permettent l'appropriation collective des informations.

#### **2.4.2 Identifier le profil des personnes accueillies et recruter les médecins correspondants**

##### A) Définir la typologie des personnes accueillies

Les profils des usagers retenus répondent à la fois au cahier des charges de l'ARS et aux capacités de l'établissement.

Bien que défini dans le cahier des charges, les profils des patients ont donné lieu à discussion entre médecins spécialisés en MPR (cf. annexe 4).

##### B) Déterminer le profil des médecins

Au vu du profil des usagers, certains recrutements de médecins spécialistes peuvent être nécessaires.

Les profils et effectifs médicaux ont été définis avec le médecin qui sera en charge de l'unité. Ils permettent d'assurer la continuité des soins en USLD et en USPC ainsi que de maintenir l'activité de consultation mémoire.

#### **2.4.3 Visiter des structures accueillant des patients ayant des pathologies similaires et créer de nouveaux partenariats afin d'inscrire l'activité sur le territoire**

La visite de structures similaires permet de bénéficier du retour d'expérience des autres établissements et donc d'éviter de reproduire les mêmes erreurs. Ces visites permettent d'aborder tous les domaines de prise en charge et d'accompagnement des usagers d'un point de vue soignant mais aussi en termes de rééducation, d'animation et d'architecture.

L'organisation médicale et paramédicale centrée sur le profil spécifique des usagers accueillis permet d'orienter les recrutements nécessaires. Par exemple, un ergothérapeute avec une compétence en informatique sera apprécié pour superviser l'installation, la formation et le fonctionnement d'appareils domotiques à destination de certains patients accueillis en USPC. Concernant l'architecture, des rails en H sont à privilégier puisqu'ils sont plus fonctionnels.

Ces visites peuvent aussi être l'occasion de créer des partenariats et d'inscrire pleinement cette nouvelle activité dans la filière. Les partenariats peuvent porter sur la filière amont – aval des personnes accueillies et traduisent la tendance forte des politiques publiques de santé à la constitution de telles filières, garantes de la continuité de parcours de l'utilisateur, sans rupture d'accompagnement préjudiciable.

Dans le cadre de la conception de l'USPC, les retours d'expérience et la prise de contacts auprès d'établissements extérieurs de nature différente sont ambivalents. En effet, certains enseignements ont pu être tirés en matière d'architecture, d'équipements et de fonctionnement mais il a été parfois difficile de créer un partenariat afin de les solliciter pour des stages d'observation/formation du personnel dans leurs locaux. Ces visites ont toutefois permis d'illustrer les modalités de prise en charge de ce type de patients, jusqu'à présent peu connu au sein de l'établissement. La difficulté rencontrée par les médecins pour organiser des visites de services tels que des SRPR a partiellement découragé les professionnels travaillant sur le projet. Des visites plus accueillantes au cours desquelles un partenariat pouvait être envisagé ont contribué à rassurer les acteurs du projet.

#### **2.4.4 Définir les modalités de prise en charge**

Les modalités de prise en charge comprennent plusieurs éléments : critères d'admission, projet de soins, projet de vie et mise à jour du règlement de fonctionnement, du livret d'accueil et du contrat de séjour selon les besoins. Elles doivent être adaptées aux spécificités des personnes accueillies. Outre l'utilisation et le respect des outils issus de la loi de 2002 et complétés par la loi ASV, relatifs aux droits des usagers, chaque personne accueillie doit bénéficier d'un projet d'accompagnement personnalisé. Les projets de soins et de vie décrivent les étapes de l'élaboration du projet individualisé, les qualifications des professionnels engagés dans ce processus, les conditions de formalisation du projet, de son évaluation et de sa reformulation périodique. Le principe est de trouver pour chaque usager l'équilibre entre une vie en collectivité et les conditions de réalisation d'un projet de vie.

Pour le projet USPC, lors de réunions, la procédure de préadmission et le questionnaire médical ont été rédigés (cf. annexe 5 & 6). La procédure d'admission reste identique à celle existante dans l'établissement. L'ensemble des projets ainsi que le livret d'accueil qui définissent le projet de vie, au cœur du fonctionnement de l'USPC, doivent être affinés au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2018 (thématiques « soins », « rééducation », « diététique » et « animation »). Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour seront actualisés en conséquence.

#### **2.4.5 Réaliser les maquettes organisationnelles**

Les profils et effectifs non-médicaux sont parfois strictement définis dans le cahier des charges de l'ARS. A partir des maquettes organisationnelles établies pour garantir une continuité des soins et une prise en charge adaptée, il est nécessaire de vérifier la cohérence entre les effectifs définis dans le cahier des charges et les maquettes élaborées : le nombre d'ETP est calculé conformément aux règles de gestion du temps de travail de l'établissement. Selon la latitude laissée par le cahier des charges à la discrétion de l'établissement, il convient de mettre en avant les liaisons hiérarchiques, de

coordonner le recours à des équipes pluridisciplinaires. Il peut alors être intéressant de définir les fiches métiers, voire les fiches de postes afférentes à cette nouvelle activité. Il est possible de prévoir des mutualisations de personnel entre plusieurs unités et/ou des rotations entre services.

Pour le projet USPC, les maquettes organisationnelles ont été élaborées par la direction des soins, en lien avec les cadres de santé de l'USLD et de nuit, et par la direction des ressources humaines, pour la phase après travaux. En effet, le cadre de santé de l'USLD sera aussi celui de l'USPC. L'organisation des activités d'animation et de rééducation, nécessitant de nombreux professionnels tels que des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens ou encore des orthophonistes, est en cours de réflexion. Elle est à mettre au regard des modalités de prise en charge.

#### **2.4.6 Recenser les besoins en formation**

Le recueil des besoins en formation des personnels médicaux est coordonné par les médecins tandis que ceux des personnels non-médicaux est coordonné par la direction des soins. Un questionnaire peut être transmis aux agents intéressés par le projet afin qu'ils fassent individuellement un bilan des compétences. Par introspection, ils définissent les compétences qu'ils possèdent et celles qu'ils jugent nécessaires et donc qu'ils auront besoin d'acquérir pour l'accueil de ce nouveau type de population. Cela permet d'identifier plusieurs thématiques. Ces besoins sont ensuite insérés dans le plan de formation pluriannuel de l'établissement.

Parallèlement, il semble intéressant d'évaluer les risques physiques et psycho-sociaux qui pourraient apparaître avec la mise en place de cette nouvelle activité. Il sera ainsi possible de compléter le plan de formation afin de les anticiper.

Les nombreux retours ont permis de mettre en avant différents thèmes (cf. annexe 7). Ces questionnaires ont rassuré les agents sur leurs compétences et sur l'accompagnement qui est mis en place pour prendre en charge de nouveaux profils de patients.

#### **2.4.7 Recruter des professionnels adaptés**

La mise en place d'une nouvelle activité peut s'effectuer par substitution d'une activité existante ou peut être issue d'une création ex-nihilo. En fonction des compétences minimales exigées dans le cahier des charges ou dans le cadre d'un projet innovant, il peut être nécessaire de recruter des professionnels spécifiques répondant à un besoin précis d'accompagnement de l'utilisateur.

#### **2.4.8 Concevoir des locaux fonctionnels et agréables**

L'environnement architectural doit répondre aux besoins et aux attentes des personnes accueillies. Il doit aussi être fonctionnel pour les professionnels.

Par ailleurs, le respect du cadrage immobilier est important. Il fait référence à des programmes de surfaces normés, ratios de surfaces utiles par usager, taille des chambres,... Il est conseillé de veiller à ce que les normes et les ratios imposés soient conformes aux conditions prévues aux décrets portant conditions techniques de fonctionnement opposables. En effet, des spécifications peuvent être apportées dans des domaines techniques tels que l'orientation spatiale des usagers, l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, la sécurité incendie. Il peut s'agir aussi des éléments de sécurité anti-fugues, de la constitution d'unités spécifiques par catégorie de bénéficiaires,...

Les patients de l'USPC seront accueillis dans un premier temps dans les locaux actuels.

Dans le cadre de l'extension/restructuration du bâtiment accueillant l'USLD s'étendant sur deux étages, l'Hôpital du Vésinet a décidé de se faire accompagner par une assistance à maîtrise d'ouvrage. L'hôpital avait lancé en 2017 les premières étapes de reconstruction/restructuration du bâtiment de soins de longue durée :

- Consolidation financière du projet entre les divers financeurs
- Elaboration du programme technique avant consultation de l'architecte et des entreprises.

Le contrat débuté en février 2017 a été suspendu temporairement après la décision de répondre à l'appel à projet d'USPC de l'ARS Ile-de-France en juin 2017, l'USPC devant physiquement intégrer ce bâtiment. L'avis favorable reçu suite à la présentation du projet USPC a directement impacté le projet de construction. L'hôpital travaille depuis janvier 2018 sur l'élaboration d'un nouveau programme et une définition des besoins à prendre en compte pour répondre tant aux spécificités de l'USLD que celles de l'USPC. L'incertitude face au nombre de lits malgré des échanges par mail avec l'ARS a nécessité de s'adapter rapidement aux nouvelles contraintes. Laissant entendre qu'une extension à 24 lits à l'issue du projet de reconstruction était optimale en terme d'organisation, l'avis favorable reçu le 7 février 2018 pour seulement 12 lits a contraint l'hôpital à repenser le projet.

Le projet initial comprenait la transformation des chambres doubles (10 à chaque étage) en chambre simple et permettait d'obtenir 30 lits de SLD en chambre simple à chaque étage. Après l'avis favorable émis par le comité ad-hoc mi-décembre, un étage avec 30



lits de SLD en chambre simple et un étage avec 24 lits de SPC en chambre simple ont été envisagés. Suite à l'accord obtenu pour 12 lits, le programme capacitaire comporte la création d'un bâtiment en restructuration/extension de 56 lits répartis selon les unités définies ci-dessous :

- Un secteur de 30 lits en chambre individuelle USLD
- Un secteur mixte :
  - 12 lits de SPC en chambre individuelle
  - 14 lits de SLD regroupés en 10 chambres individuelles et 2 chambres doubles

La possibilité d'extension à 24 lits de SPC restera ainsi possible à l'issue de la phase de travaux. Les chambres comporteront des rails plafonniers lève-malades qui cheminent si possible jusque dans le cabinet de toilette. En l'absence de secteur fermé, la gestion de la sécurité sera assurée par des équipements technologiques. Les besoins spécifiques liés aux patients USPC sont intégrés dans le projet de reconstruction.

Ce projet d'extension/restructuration, outre une évolution du programme capacitaire, a aussi été impacté par des contraintes urbanistiques. Les échanges fonciers avec l'hôpital dans le cadre de la construction d'un écoquartier par Grand Paris Aménagement sont en cours. Et l'extension du bâtiment initialement prévue est située en zone non constructible. Afin de ne pas allonger les délais de construction, le projet d'extension/restructuration a donc été condensé sur les terrains que possède l'hôpital.

Après validation de l'étude de faisabilité par les membres de l'équipe de direction, des groupes de travail pluridisciplinaires associant les agents de l'USLD, la directrice des travaux et les personnes qualifiées en fonction des fiches techniques abordées ont permis de recenser les besoins pour élaborer le programme technique détaillé.

#### **2.4.9 Se doter des équipements adaptés et réaliser les achats nécessaires**

Il est nécessaire de prévoir l'inscription des équipements au plan d'investissement. Il faut donc anticiper le type d'achat, sa maintenance, le type de contrat à privilégier (achat, location voire crédit-bail). Certains équipements seront achetés spécifiquement pour des personnes ayant certaines pathologies et ils ne seront achetés qu'au moment de son arrivée. Cependant, avec la mise en place de la mutualisation des achats au niveau du GHT, la remontée des besoins constitue un préalable indispensable à la rédaction d'un nouveau marché et doit donc être prévue en amont. Il en est de même pour tous les achats dont les usagers auront besoin : produits pharmaceutiques, alimentation, hygiène, ménage et autres consommables. Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation des risques

physiques et psycho-sociaux, il sera peut-être nécessaire de prévoir des achats spécifiques facilitant le travail quotidien des professionnels.

Lors de la première phase, les équipements seront achetés en fonction des besoins. Les services concernés, c'est-à-dire la direction des achats et de la logistique et la pharmacie, sont sensibilisés au profil des nouveaux patients devant intégrer l'USPC.

#### **2.4.10 Actualiser les simulations budgétaires**

Il s'agit de définir le plan de financement d'une part, d'exploitation et d'autre part, d'investissement. Cet exercice budgétaire se révèle toujours d'une grande complexité et réclame autant de rigueur que de vigilance face aux risques encourus. Etablies lors de la réponse à l'appel à projet, il s'agit alors d'actualiser les simulations budgétaires préalablement réalisées et de suivre les recettes perçues dans le cadre de la mise en œuvre du projet.

L'USPC prendra la forme d'une reconnaissance contractuelle et sera similaire en terme statutaire à une USLD. Dans le cahier des charges de l'ARS, il est envisagé un financement à hauteur de 130 k€ par an et par lit, dont 100 k€ issus de l'assurance maladie et 30 k€ pour la partie hébergement. L'USPC se base sur une tarification binaire (soins, hébergement) contrairement à l'USLD qui est ternaire (soins, dépendance, hébergement). Il sera nécessaire d'établir une comptabilité analytique au sein du budget B.

L'ARS devait prendre contact avec les CD et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) d'Ile-de-France afin de les informer de cette expérimentation. Les USPC étant issues d'une conversion de lits d'USLD, les CD sont directement impactés.

Deux simulations financières ont été réalisées :

- 12 lits d'USPC et 44 lits d'USLD
- 24 lits d'USPC et 30 lits d'USLD

Le financement des 30 k€ n'étant encore pas résolu, il était nécessaire de clarifier les charges relevant de la partie soins de celles relevant de la partie hébergement. Enfin, les simulations financières mettaient en exergue un coût de personnel nettement supérieur dans le cadre de l'hypothèse à l'issue des travaux de 12 lits d'USPC et de 44 lits d'USLD. Le coût du personnel a été estimé selon les données annuelles moyennes correspondant aux différents corps de métier.

Malgré les modifications apportées par l'USPC, les coûts liés au projet d'extension/restructuration du bâtiment d'USLD – USPC restent inchangés.

### **2.4.11 Communiquer**

Toute démarche de projet suppose une bonne communication interne au sein de l'organisation. Cette communication s'entend, d'abord, entre les différents services concernés par la mise en œuvre du projet, mais aussi au-delà, au niveau de l'établissement. Rien ne saurait être plus préjudiciable à l'efficacité du déploiement d'une nouvelle activité qu'un fonctionnement cloisonné, dit en tuyaux d'orgue, synonyme de confiscation d'informations par secteurs de compétences. La communication autour du projet auprès des équipes est indispensable à sa réussite afin d'en expliciter clairement les enjeux et les objectifs poursuivis. Elle permet notamment d'obtenir l'adhésion du personnel, une cohérence et une unité de discours entre les praticiens et les équipes soignantes et d'avoir une bonne visibilité sur les bénéfices du projet.

Le projet USPC – USLD a été présenté à de nombreuses occasions, directement aux équipes de jour et de nuit d'USLD puis à l'ensemble des agents de l'établissement.

Au mois de juin 2018, un support de présentation sur l'état des lieux du projet USPC et du projet d'extension et de restructuration du bâtiment USLD – USPC a été présenté d'abord aux membres du CHSCT<sup>69</sup> lors d'un CHSCT extraordinaire en répondant à leurs interrogations puis aux instances communes (CME<sup>70</sup>, CSIRMT<sup>71</sup>, CTE<sup>72</sup>, CDU<sup>73</sup>, directoire et conseil de surveillance) le 26 juin 2018.

La communication aux familles des patients d'USLD est prévue ultérieurement.

### **2.4.12 Maintenir des relations saines et transparentes avec les autorités de tarification (ARS & CD) et les partenaires institutionnels**

Lorsque des partenaires<sup>74</sup> tiennent un rôle significatif dans le projet, il est intéressant de les y associer. C'est le cas des autorités de tarification. Mais ce peut être le cas pour l'éducation nationale avec laquelle des conventions cadres définissent les places, rôles et modalités de coopération retenues, mais aussi pour la MDPH, qui recense les besoins des personnes handicapées et contribue à leur orientation dans une structure adaptée. La liste des principaux acteurs, liés de près ou de loin au parcours de l'utilisateur, autant en amont de son accueil qu'au terme de son orientation, constitue autant de partenariats à créer et un soutien formel ou informel à la mise en place d'une nouvelle activité. L'inscription d'une activité dans une filière garantit la cohérence et la continuité des services.

---

<sup>69</sup> Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

<sup>70</sup> Commission Médicale d'Etablissement

<sup>71</sup> Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique

<sup>72</sup> Comité Technique d'Etablissement

<sup>73</sup> Commission Des Usagers

<sup>74</sup> Cf. annexe 8

Dans le cadre du projet USPC, la première réunion avec l'ARS, à l'initiative du projet, a eu lieu le 17 avril 2018 et a permis de dresser un état des lieux de l'avancée du projet et de prendre note des interrogations de l'établissement notamment liées au financement mais aussi aux difficultés rencontrées pour visiter d'autres services.

La seconde réunion s'est tenue en présence de membres du CD et de l'ARS. Elle s'est focalisée sur les aspects financiers et architecturaux avec la prise en compte de la phase pré-travaux et post-travaux constatant une diminution d'activité et à l'issue des travaux une diminution structurelle du nombre de lits.

La troisième réunion, le 2 juillet 2018, en présence du CD et de l'ARS a permis de valider la phase transitoire pré-travaux pour la localisation de l'USPC et de présenter les simulations financières.

### **2.4.13 Evaluer**

L'évaluation représente une étape indispensable afin de mesurer l'impact que cette nouvelle activité peut avoir sur la santé de la population. Les résultats obtenus dépendront de la réalisation des prévisions, mais aussi des méthodes employées, de l'efficacité des interventions et des obstacles rencontrés.

Les indicateurs servent d'outils de mesure. Tout ce qui n'est pas mesurable, ne peut être amélioré<sup>75</sup>. Pour permettre une analyse, les indicateurs doivent pouvoir être comparés à une référence. Deux types de référence sont habituellement utilisés : l'objectif et/ou une période. Ils sont ainsi utilisés pour connaître le niveau initial d'un processus, déterminer des objectifs mesurables, vérifier que les objectifs précédents sont atteints en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre et suivre dans le temps le maintien des résultats obtenus.

Chaque indicateur doit être SMART :

- Spécifique ou Significatif : pertinent pour l'objectif fixé, fait sens pour les équipes ;
- Mesurable : données disponibles et fiables, simple en terme de recueil ;
- Acceptable : accepté par l'ensemble des acteurs, concertations pluridisciplinaires nécessaires ;
- Réalisable : simple en terme de calcul et d'analyse ;
- Temporellement défini : peut être suivi en routine selon une période définie.

---

<sup>75</sup> On peut distinguer plusieurs types d'indicateurs :

- Les indicateurs d'activité, qui identifient les évolutions de l'activité ;
- Les indicateurs de processus et maîtrise des procédés et des risques, qui mesurent l'efficacité de l'organisation, de l'ensemble du processus technique, médicotechnique, organisationnel ou de prise en charge de l'utilisateur ;
- Les indicateurs économiques, qui sont utilisés pour surveiller les dépenses et optimiser l'utilisation des ressources en lien avec l'activité ;
- Les indicateurs de satisfaction du patient/résident, qui traduisent la vision de sa prise en charge, de son accompagnement ;
- Les indicateurs d'apprentissage, qui servent à évaluer la capacité à résoudre les dysfonctionnements et à améliorer les pratiques.

L'évaluation doit donc être un exercice critique destiné à mesurer d'éventuels décalages. Elle revêt une importance particulière dans le cadre du déploiement d'une activité, d'autant plus si elle est expérimentale. Elle permet d'identifier les forces et les faiblesses et d'en analyser les causes. Elle développe un chaînage vertueux s'appuyant sur la roue de Deming<sup>76</sup>. Ce contrôle s'exprime à travers une logique cybernétique, organisée en instituant une boucle de rétroaction. Cette évaluation, en capitalisant sur les connaissances acquises, s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue.

---

<sup>76</sup> Socle de l'amélioration continue, cette méthode est très utilisée pour améliorer la performance d'une organisation. La méthode comporte quatre étapes : Plan, Do, Check et Act. Chaque étape entraîne l'autre.

- Plan : analyser, préparer, planifier
- Do : mettre en œuvre, tester, expérimenter
- Check : vérifier, mesurer
- Act : améliorer, corriger

## Conclusion

Le management par projets permet la convergence des objectifs entre les projets et ceux de l'établissement. Il développe le pilotage sous contraintes et de maintenir le cap dans un environnement incertain et contraint par les moyens disponibles. La prise de décision, raisonnée en fonction de son impact sur la réalisation des projets, est un aspect essentiel. Le management par projets favorise la participation à la réalisation d'un objectif fédérateur qui développe le sentiment d'appartenance à une équipe ; le résultat n'appartient pas à un seul individu, mais à l'ensemble des membres de l'équipe. Chaque acteur est responsabilisé et le travail effectué par chacun est valorisé puisqu'un projet s'inscrit dans le temps, et partant, comporte un début et une fin. Les projets favorisent donc le sentiment de fierté lié à leurs réalisations, cette fierté est d'autant plus grande que les projets sont ambitieux et que les difficultés à surmonter ont été nombreuses.

Les projets favorisent la capacité à coopérer grâce à l'élimination des frontières entre les services, les unités et les équipes. En effet, l'organisation d'une coordination pragmatique des échanges et la structuration d'une communication entre les savoirs et les compétences au service d'objectifs transversaux communs revêtent un caractère déterminant. Chaque professionnel assimile et bonifie ses connaissances et pratiques grâce aux projets. Cet apprentissage continu améliore la performance de l'organisation dans l'atteinte de ses objectifs.

Le dispositif de management par projets nécessite, néanmoins, une acculturation par les acteurs concernés car il introduit une nouvelle approche de l'organisation du travail. Cette culture nouvelle repose sur la double appartenance à une autorité hiérarchique verticale de direction et fonctionnelle horizontale de projet, parfois paradoxale. De ce fait, l'organisation en mode projet suppose l'acceptation d'une organisation de travail à durée de vie limitée, ainsi qu'une adaptation et une remise en question permanente des approches, des méthodes et des pratiques.

A l'heure des coopérations, les structures évoluent et s'inscrivent dans le territoire. La segmentation de l'organisation en plusieurs parties crée de nombreuses difficultés qui se situent aussi bien au sein de chaque partie qu'au niveau des relations que ces parties entretiennent entre elles, c'est-à-dire au niveau des interfaces.

Ces problèmes d'interfaces, particulièrement importants, se situent entre les grandes fonctions de l'organisation telles que les ressources humaines, la logistique, les finances et les soins. Ils doivent alors faire l'objet d'une attention toute particulière lors de la conduite d'un processus de changement.

Ces sujets ont une importance accrue à l'hôpital comme dans un établissement ou une structure sociale ou médico-sociale car leurs organisations souffrent d'une manière

chronique et culturelle d'un triple cloisonnement : l'un lié à la stratification (nombreux niveaux hiérarchiques, GHT), l'autre aux filières professionnelles (médicales, soignantes, techniques, hôtelières, administratives) et la dernière corporatiste (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, directeurs, etc.). L'idée est de faire travailler ensemble d'une manière pérenne et structurelle, en dépassant les barrières, des organisations et des métiers habitués à travailler naturellement d'une manière verticale et autarcique. Un pilotage performant doit contribuer à décroisonner les acteurs.





---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

- Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986, Charte d'Ottawa
- OMS, 2006, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé
- ONU, 2006, Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif
  
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la santé publique
  
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- 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° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
  
- 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° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

- Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles
- Circulaire DHOS/O1 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

### Ouvrages

- FIESCHI-BAZIN E., 2016, *Contrôle externe en matière d'offre de soins et médico-sociale*, Bordeaux : LEH Edition, 256 p.
- GAUDON P., 2013, *Répondre à un appel à projet*, Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, 149 p.
- LOPEZ A., 2013, *Réguler la Santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 416 p.

### Articles de périodiques

- BERNSTEIN D., 2015, « Comment développer l'aval des hospitalisations ? Leçons d'Angleterre et de Suède », *Espace social européen*, n°1060, pp.16-17
- BRIOT C., 2016, « Création d'un SRPR : un challenge stimulant », *L'infirmière magazine*, n°374, p.17
- COCQUEBERT L., 2016, « Etre autorisé après les réformes de 2015-2016 », *Directions*, hors-série n°17, 87 p.
- DELNATTE J.-C., 2016, « Le financement des unités de soins de longue durée », *Finances Hospitalières*, n°104, pp.10-12
- DE FAVERGES H., 2016, « La réforme du SSR est engagée ! », *Finances hospitalières*, n°98, pp.5-9
- GUERRA J., LUCIOLLI E., FELCE A. et al., 2015, « Spécificités des patients trachéoventilés au long cours au sein du PMSI SSR », *Journal de réadaptation médicale*, n°35, pp. 69-74
- NOBLET-DICK M., 2016, « Optimisation du parcours sanitaire et médico-social grâce à ViaTrajectoire », *Techniques hospitalières*, n°759, pp.9-10
- SALUARD A., PUILLANDRE M.-W., 2011, « La représentation des usagers des USLD », *Documents CLEIRPPA*, Cahier n°43, pp.12-14
- TESSON S., 2017, « Le Décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation : la réforme du financement s'ancre dans l'opérationnalité », *Finances hospitalières*, n°115, pp. 3-8
- VIGUIER M., 2013, « Coordinations SSR : quelle modélisation ? », *La revue hospitalière de France*, n°551, pp. 72-74

- YELNIK A.-P., SCHNITZLER A., PRADAT-DIEHL P. et al., 2011, « Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways : « Stroke Patients » », *Annals of physical and rehabilitation medicine*, n°54, pp. 506-518

## Rapports

- ANESM, 2016, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en pôle d'activités de soins adaptés (PASA)*, 68 p.
- ANESM, 2016, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en unité d'hébergement renforcée (UHR)*, 76 p.
- ARS Ile-de-France, 2013, *Projet Régional de Santé 2013-2017 – Schéma d'organisation des soins – le volet hospitalier*, 174 p.
- ARS Ile-de-France, 2013, *Projet Régional de Santé 2013-2017 – Schéma d'organisation des soins – le volet hospitalier par thématiques*, 405 p.
- ARS Ile-de-France, 2018, *Projet Régional de Santé 2013-2017 – Bilan – Schéma d'organisation des soins*, 46 p.
- ARS Ile-de-France, 2018, *Projet Régional de Santé 2018-2022 – Schéma régional de santé*, 337 p.
- ARS Pays-de-la-Loire, CREAL Pays-de-la-Loire, 2015, *Démarche d'évaluation régionale des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)*, 74 p.
- CNSA, 2010, *Guide méthodologique pour la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projet et l'élaboration du cahier des charges*, 49 p.
- CNSA, 2010, *Nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appels à projets*, 4 p.
- CNSA, 2012, « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », in *Rapport 2012*, pp. 31-55
- CNSA, 2015, *Bilan des appels à projets médico-sociaux des ARS Année 2014*, 44 p.

## Thèses et mémoires

- ABOUDHARAM F., 2016, *L'accompagnement au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et de leurs aidants familiaux en territoire rural L'accueil de jour itinérant comme réponse adaptée*, DESSMS : EHESP, 77 p.
- BIRRE E., 2014, *Adapter l'accompagnement des personnes vieillissantes désorientées en EHPAD*, CAFDES : EHESP, 97 p.

- BLANC E., 2014, *Créer un service d'accueil de jour en réponse aux ruptures de scolarisation d'enfants présentant des troubles autistiques sévères*, CAFDES : EHESP, 133 p.
- BRAULT G., 2016, *Quelle place pour une Unité d'Hébergement Renforcée au sein d'un Centre Hospitalier ? L'exemple du Centre Hospitalier Louis Pasteur de Dole, Jura*, DESSMS : EHESP, 71 p.
- CALVEZ P., CANNISTRADRO S., DODERO M. et al., 2009, *La réforme des USLD*, Module interprofessionnel de santé publique : EHESP, 51 p.
- DELCELIER S., FOUCAULT J.-C., GEROME E. et al., 2015, *L'accueil de jour pour personnes âgées, un dispositif au ralenti*, Module interprofessionnel de santé publique : EHESP, 81 p.
- HAMADOU Mohamed, 2016, *Réorganiser un centre d'accueil de jour pour répondre aux attentes et besoins pluriels d'adultes déficients mentaux*, CAFDES : EHESP, 155 p.
- LAPOSTOLLE C., 2014, *Adapter et personnaliser la prise en charge des personnes âgées Alzheimer, en créant une unité d'hébergement renforcée, au sein d'un EHPAD*, CAFDES : EHESP, 115 p.
- MONTIGNY-FRAPY C., 2008, *Les unités de soins de longue durée, à la jonction du sanitaire et du médico-social Comment en garantir la spécificité dans un centre hospitalier gériatrique ?*, DESSMS : EHESP, 70 p.
- PALICOT A., 2015, *Réflexion sur un projet de PASA, levier d'amélioration de l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées en EHPAD*, DESSMS : EHESP, 88 p.
- SCHNITZLER A., 2015, *Handicap dans les suites d'un accident vasculaire cérébral : étude de prévalence et impact des filières de soins*, Santé publique et épidémiologie : Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 185 p.

### **Site internet**

INSEE. *Tableaux de l'économie française Edition 2017*. [visité le 03.07.2018], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569384?sommaire=2587886>

### **Documents internes**

ARS, 2014, *Enquête « BedBlockers » Groupe USPC*, 35 p.

ARS, 2017, *Cahier des charges – USPC*, 20 p.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 Analyse des entretiens .....	II
Annexe 2 Fiche projet USPC - USLD .....	III
Annexe 3 Calendrier du projet USPC et du projet d'extension/restructuration du bâtiment USLD – USPC.....	V
Annexe 4 Profil des patients .....	VII
Annexe 5 Logigramme de préadmission .....	VIII
Annexe 6 Questionnaire médical .....	X
Annexe 7 Besoins en formation des personnels médicaux et non médicaux .....	XIII
Annexe 8 Cartographies des partenariats .....	XIV

## Annexe 1 Analyse des entretiens

Statuts	Éléments marquants
<p><b>Rencontre avec Monsieur le délégué territorial de la direction départementale des Yvelines de l'ARS Ile-de-France</b></p>	<p>Genèse du développement de l'USPC : étude des besoins, détail du cahier des charges, choix du type de structure, dimension, effectifs, financements</p> <p>Bilan sur les SRPR</p> <p>Positionnement USLD</p>
<p><b>Rencontre avec le directeur de la Maison Perce-Neige, MAS dédiée aux personnes atteintes de locked in syndrome, à Boulogne-Billancourt</b></p> <p><b>Visite de l'établissement</b></p>	<p>Historique</p> <p>Parcours des résidents</p> <p>Effectifs RH</p> <p>Agrément</p> <p>Age, prise en charge</p> <p>Construction, domotique</p> <p>Place des familles</p> <p>Financement</p>
<p><b>Rencontre avec des professionnels du SRPR de l'Hôpital Raymond-Poincaré à Garches</b></p> <p><b>Visite du service</b></p>	<p>Aval des patients</p> <p>Personnel de rééducation mutualisé</p> <p>Staff à l'extérieur de la chambre du patient</p> <p>Trachéo</p> <p>Famille</p>
<p><b>Rencontre avec des professionnels du SRPR du Groupement Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise à Beaumont-sur-Oise</b></p> <p><b>Visite du service</b></p>	<p>Chambres rénovées</p> <p>Parcours patient</p> <p>Formation</p> <p>Equipements</p>

## Annexe 2 Fiche projet USPC - USLD

Commanditaire : [REDACTED]

Fiche de suivi du projet USPC/USLD

Chef de projet : [REDACTED]

### *Identification du besoin / Contexte du sujet :*

L'ARS évalue à une centaine de lits le volume nécessaire permettant de répondre en Ile de France à la problématique des patients dits « bed blockers ». Ces patients relèvent d'une prise en charge lourde compte tenu de leur instabilité ou de leur complexité rendant impossible leur orientation en secteur médico-social ou à domicile. D'autre part, certaines personnes restent à domicile à défaut de prise en charge médicale et soignante adaptée. Il s'agit par exemple de personnes atteintes de sclérose en plaques. Enfin, cela concerne certains patients qui ne relèvent plus des unités pédiatriques et qui ne peuvent être accueillis en USLD à défaut de financements adaptés pour l'établissement, qui se retrouverait de fait pénalisé. L'Hôpital du Vésinet ayant répondu à l'appel à projet de l'ARS a vu sa candidature retenue pour une ouverture de 12 lits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 avec extension à 24 lits à l'issue de l'opération de reconstruction du bâtiment d'USLD qui accueillera ces patients.

Sur un plan architectural, le nouveau bâtiment accueillera donc à terme 30 patients USLD et 24 patients USPC.

### *Objectif du projet / Résultats attendus (en termes de gains, d'organisation, etc.) :*

L'objectif du projet est double :

- Mener à leur terme les opérations de travaux de reconstruction du bâtiment USLD visant à remplacer les chambres doubles par des chambres simples
- Créer une unité de 24 lits de SPC

### *Coût du projet :*

Confère Service Finance

### *Périmètre du projet :*

Extension et restructuration du bâtiment  
Projet médical USPC  
Organisation des soins / Projet de vie  
Financement

Phases transitoires

- USPC 2018 – 2019

- Phase de travaux 2020 – 2021

Plan de communication

**Identification des ressources à mobiliser au regard du projet (acteurs concernés, planning, ressources humaines, matériels et immatériels à mobiliser, prévision de budget, éventuel plan de communication) :**

Equipe de direction

Médecins

Direction des soins

Personnel de l'USLD et des autres services de soins

Patients & Familles, Représentants des usagers

**Participants potentiels :** ARS, Conseil Départemental

**Date de début souhaitée :** 1<sup>er</sup> janvier 2018

**Date de fin estimée :** 31 décembre 2021

**Validation / Refus du projet par comité de direction :** Validé

**Date :** 18/12/2017

**En cas de refus, motif :**

**Date :**

**Réajustement par comité de direction :**

**Date :**

**Documents associés :**

Cahier des charges USPC et Appel à projet ARS

Réponse de l'Hôpital Le Vésinet

Compte-rendu du rapporteur de la visite du 7 novembre 2017

Arrêté budgétaire

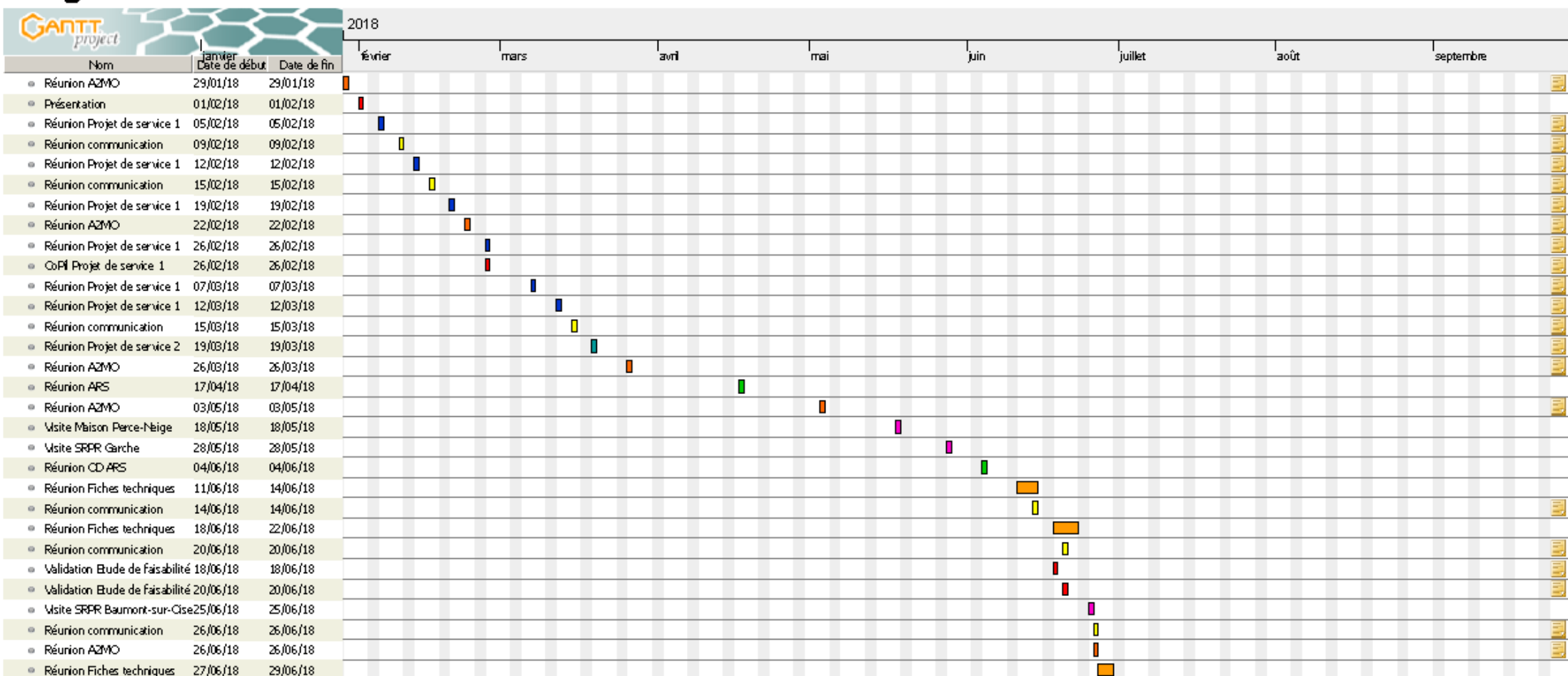
**Lien avec d'éventuels autres projets :**



## Annexe 3 Calendrier du projet USPC et du projet d'extension/restructuration du bâtiment USLD – USPC

4

### Diagramme de Gantt



## Tâches

Nom	Date de début	Date de fin
Réunion [REDACTED] <i>Intégration du projet USPC au sein du projet de reconstruction de l'USLD</i>	29/01/18	29/01/18
Présentation	01/02/18	01/02/18
Réunion Projet de service 1 <i>Ebauche profil médical des patients</i>	05/02/18	05/02/18
Réunion communication <i>Réflexion sur le profil des médecins après discussions avec [REDACTED] Préparation du courrier à destination des médecins pour l'arrêt des admissions</i>	09/02/18	09/02/18
Réunion Projet de service 1 <i>Validation profil médical des patients Information transmise au pharmacien Discussion sur les profils des médecins</i>	12/02/18	12/02/18
Réunion communication <i>Communication auprès des équipes de l'USLD</i>	15/02/18	15/02/18
Réunion Projet de service 1 <i>Validation du profil des médecins</i>	19/02/18	19/02/18
Réunion [REDACTED] <i>Modification du projet architectural de reconstruction de l'USLD/USP C</i>	22/02/18	22/02/18
Réunion Projet de service 1 <i>Informations ARS [REDACTED] Mairie par [REDACTED] Retour sur les prises de contacts par les docteurs</i>	26/02/18	26/02/18
CoPil Projet de service 1 <i>Validation du profil médical des patients, du profil des médecins et du profil architectural</i>	26/02/18	26/02/18
Réunion Projet de service 1 <i>Critères d'admission administratifs : procédures et documents</i>	07/03/18	07/03/18
Réunion Projet de service 1 <i>Retour sur les prises de contacts avec d'autres médecins Formation médicale Critères d'admission médicaux</i>	12/03/18	12/03/18
Réunion communication <i>Communication auprès des équipes de l'ensemble de l'établissement jour + nuit</i>	15/03/18	15/03/18
Réunion Projet de service 2 <i>Formation Effectifs + Maquettes organisationnelles Recensement des besoins architecturaux pour préparer la réunion avec [REDACTED]</i>	19/03/18	19/03/18
Réunion [REDACTED] <i>Recensement des besoins pour élaborer des scénarii</i>	26/03/18	26/03/18
Réunion ARS	17/04/18	17/04/18
Réunion [REDACTED] <i>Suivi de l'exécution du marché - Etude de faisabilité</i>	03/05/18	03/05/18
Visite Maison Perce-Neige	18/05/18	18/05/18
Visite SRPR Garche	28/05/18	28/05/18
Réunion CD ARS	04/06/18	04/06/18
Réunion Fiches techniques	11/06/18	14/06/18
Réunion communication <i>CSIRMTSEOP</i>	14/06/18	14/06/18
Réunion Fiches techniques	18/06/18	22/06/18
Réunion communication <i>CHSCT Extra ordinaire</i>	20/06/18	20/06/18
Validation Etude de faisabilité [REDACTED]	18/06/18	18/06/18
Validation Etude de faisabilité [REDACTED]	20/06/18	20/06/18
Visite SRPR Baumont-sur-Oise	25/06/18	25/06/18
Réunion communication <i>Instances communes</i>	26/06/18	26/06/18
Réunion [REDACTED] <i>Réponse à des interrogations sur le Programme Technique Détaillé Tome 2 Revue des fiches techniques</i>	26/06/18	26/06/18
Réunion Fiches techniques	27/06/18	29/06/18

## Annexe 4 Profil des patients

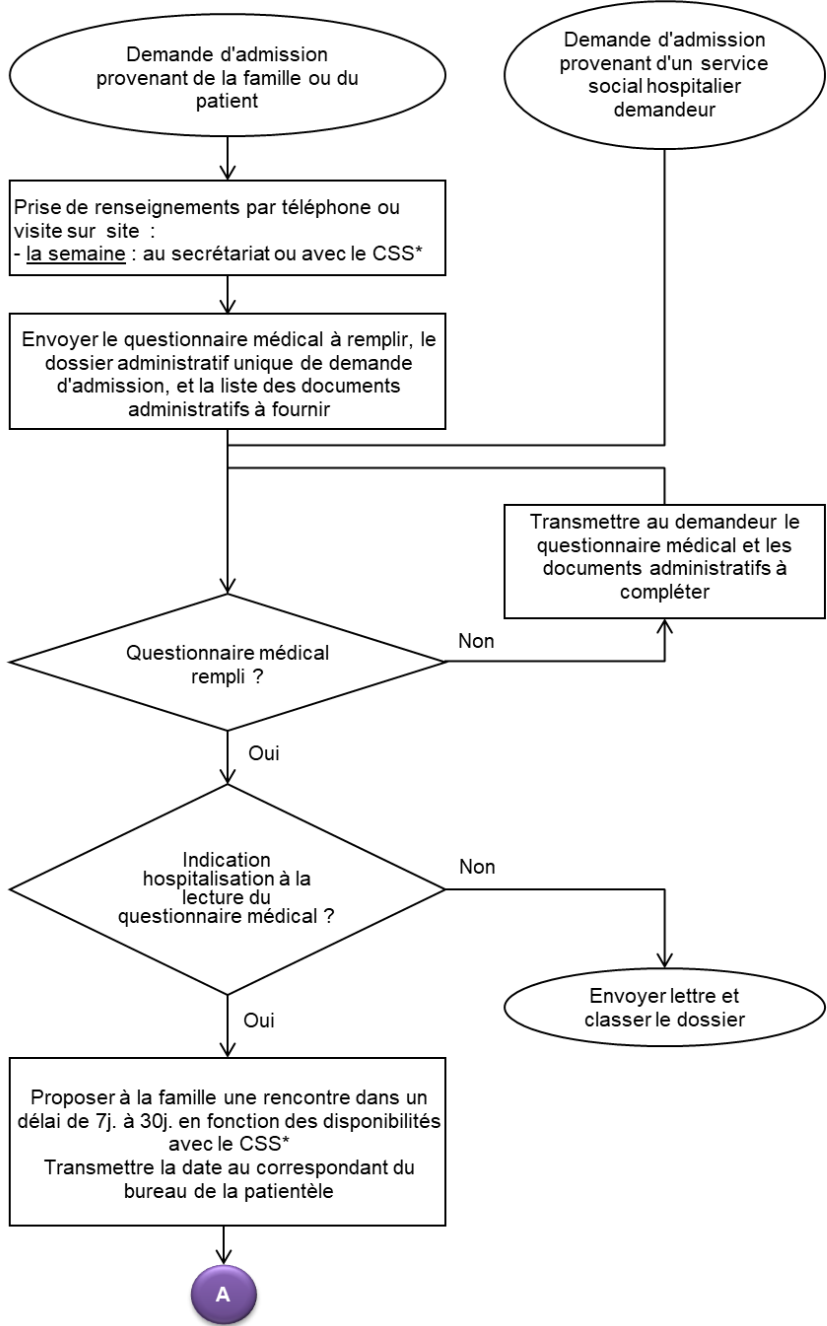
	12 lits	Préalables	Echéance	Si 24 lits (10/2022)
Troubles psycho-comportementaux	3			6
Tétraplégiques et locked in syndrom	1	Formation du personnel	Fin 2019	2
Autres : <ul style="list-style-type: none"> <li>• trachéotomisés simples sans ventilation assistée, VNI,</li> <li>• gastrostomies</li> <li>• alimentation parentérale</li> <li>• pathologies neuro-dégénératives sans troubles comportementaux (continuité dans les savoir-faire de l'établissement) : myopathies, SEP, syndromes extra-pyramidaux, post AVC massif, encéphalopathies, séquelles d'encéphalites, PRN,...</li> <li>• patients porteurs de BMR</li> </ul>	5			10
Ventilo-dépendants	2	Equipements + Formation du personnel	Fin 2019	4
Obèse (dans nouveaux locaux)	1	Equipements (fauteuils roulants, rails) + accessibilité des locaux (salle de bain)		

# Annexe 5 Logigramme de préadmission

QUI

ETAPES

DOCS



Liste des documents administratifs  
*annexe 1*  
Questionnaire médical *annexe 2*  
Lettre accompagnant le questionnaire  
médical *annexe 5*  
Dossier administratif unique de  
demande d'admission MD.001

Lettre de refus *annexe 3*

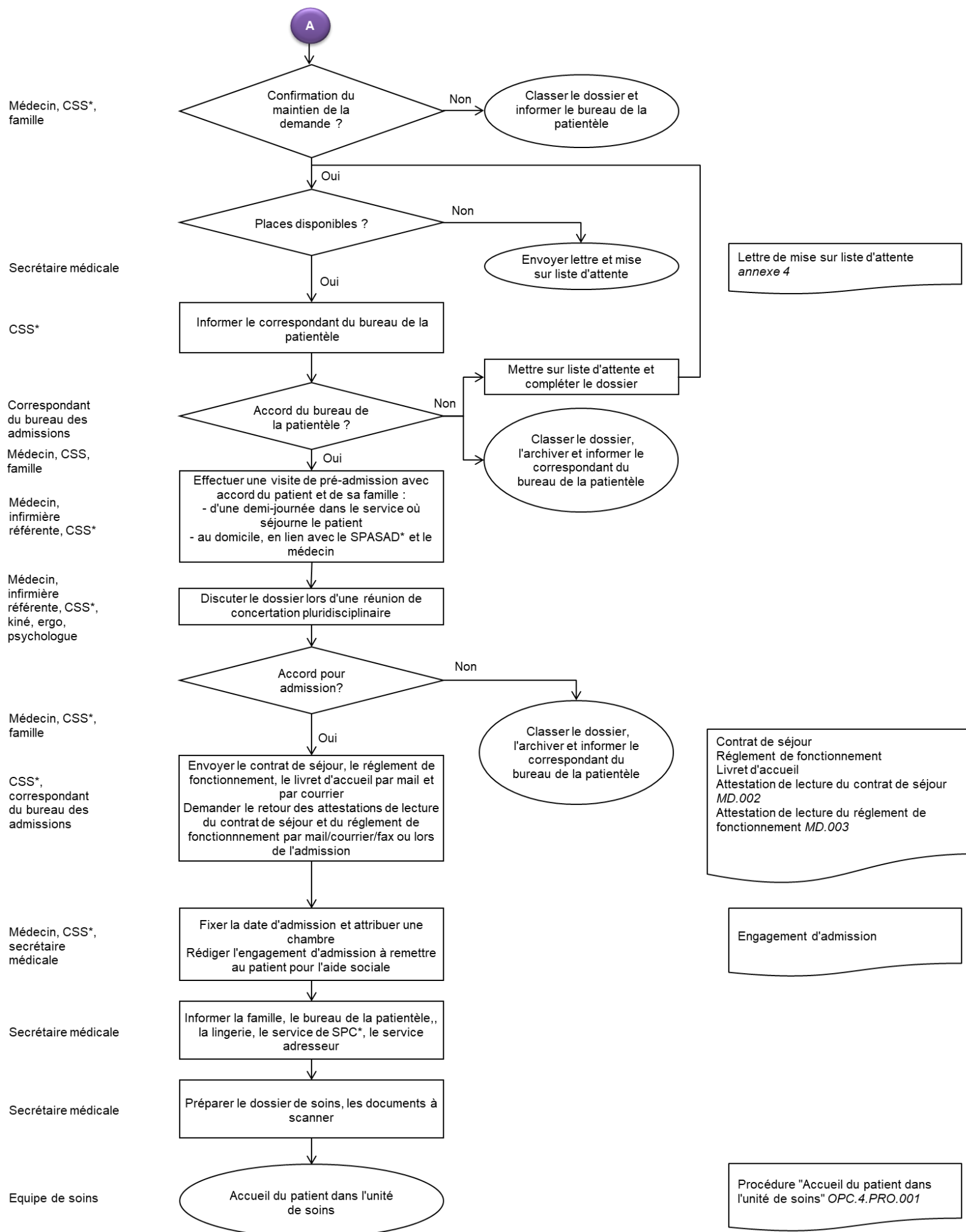
Famille / Patient

Secrétaire médicale

Secrétaire médicale

Médecin, CSS\*

Secrétaire médicale



## Annexe 6 Questionnaire médical

HOPITAL LE VESINET

72, Av. de la Princesse  
78110 - LE VESINET

---

### **Candidat :**

Nom : Prénom : Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél :

---

### **Demande effectuée par :**

- Le candidat
- La famille (nom, adresse et téléphone)
- Le médecin
- L'assistante sociale (nom et adresse)

---

### **Médecin remplissant le questionnaire :**

Cachet : Date : Tél :

---

### **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

.....

.....

.....

### **Dernière hospitalisation :**

.....

.....

.....

**Histoire de la maladie et diagnostic :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement en cours :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Etat général**

Poids :

Taille :

Constantes :

TA :

Pls :

Très bon

Bon

Altéré

Très altéré

**Degré de dépendance**

Compréhension	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Altérée	<input type="checkbox"/> Très altérée	
Participation	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Faible	
Comportement	<input type="checkbox"/> Calme	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Cris	<input type="checkbox"/> Autoagressif <input type="checkbox"/> Hétéroagressif
	Déambulant :		<input type="checkbox"/> Risque de fugue	
	<input type="checkbox"/> diurne			
	<input type="checkbox"/> nocturne			
Etat psychique	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Désorienté	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Dépressif <input type="checkbox"/> Anxiété majeure
Vision	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Altérée	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Cécité
Audition	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Altérée	<input type="checkbox"/> Appareillage	<input type="checkbox"/> Surdité
Langage	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aphasique		
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	Sonde vésicale : <input type="checkbox"/> Cystocath <input type="checkbox"/> A demeure <input type="checkbox"/> Intermittente : <input type="checkbox"/> Autosondage <input type="checkbox"/> Hétérosondage
Incontinence anale	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	

Etat cutané	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Escarres : Localisations ..... <input type="checkbox"/> Cicatrisation dirigée <input type="checkbox"/> VAC
Toilette - Habillage	<input type="checkbox"/> Sans aide                   Aide partielle : <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Du haut <input type="checkbox"/> Du bas <input type="checkbox"/> Intime
Alimentation	<input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> GPE <input type="checkbox"/> Nutripompe
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Liquide et solide
Station assise	<input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Impossible
Marche	<input type="checkbox"/> Sans soutien <input type="checkbox"/> Avec soutien <input type="checkbox"/> Impossible  <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur           Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> mécanique <input type="checkbox"/> électrique  <input type="checkbox"/> Amputation : <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Orthèse Niveau.....
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ventilation	<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Respirateur                   Trachéotomie : <input type="checkbox"/> Canule phonatoire <input type="checkbox"/> Canule non phonatoire  <input type="checkbox"/> O2 nasal <input type="checkbox"/> Assistance mécanique à la toux
Portage BMR/BHRe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Siège.....
Dispositifs techniques particuliers (pace-maker, portacath, picline, pompes médicamenteuses, stomies...)	
.....	
.....	
.....	

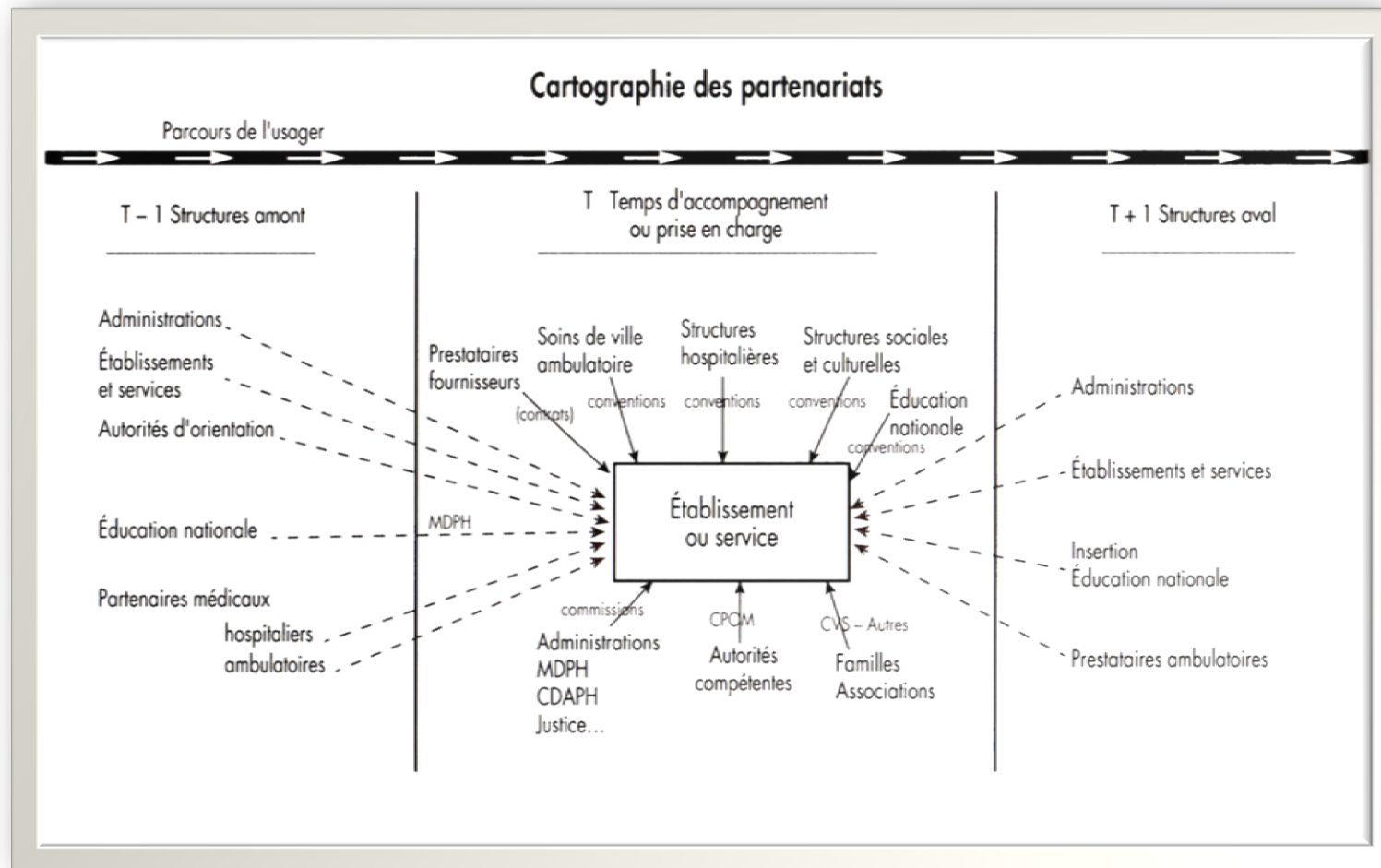
Signature du médecin et tampon



## Annexe 7 Besoins en formation des personnels médicaux et non médicaux

Formations			
1	soins d'urgence et de réanimation	signes de détresse respiratoire	
2	prise en charge d'un patient ventilé	soins trachéotomisés, intubés	
3	percussionnaire, oxygénation	aspiration, toilette bronchique	
4	ventilation à pression positive	prise en charge patients avec VNI	
5	nursing	prévention des risques d'alitement	prise en charge d'un patient obèse
6	prise en charge d'un patient avec des comportements	boulimique, anorexique, violent, suicidaire, autiste,	
7	chambre implantable, transfusion pompe	soins infirmiers	
8	communication avec les patients	non communicant	domotique, manutention avec MT
9	soutien psychologique du personnel	ergonomie, éthique, empathie	connaissance du matériel d'aide

## Annexe 8 Cartographies des partenariats<sup>77</sup>



<sup>77</sup> GAUDON P., 2013, *Répondre à un appel à projet*, Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, p.130





ROBLOT

Laurine

Décembre 2018

**Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social**  
Promotion 2017 – 2018

**DE LA PLANIFICATION AU DEPLOIEMENT D'UNE  
NOUVELLE ACTIVITE**  
**L'exemple de l'Unité de Soins Prolongés Complexes  
à l'Hôpital du Vésinet**

**Résumé :**

Depuis la loi HPST, la planification est majoritairement coordonnée à un niveau régional par les ARS. Une analyse précise des besoins de santé et des besoins de services permet de définir un cadre d'orientation stratégique auquel sont associés des objectifs regroupés au sein du projet régional de santé. Cette logique descendante de régulation de l'offre de santé incite les établissements à maintenir une veille permanente. Ils ont ainsi l'opportunité de répondre aux appels à projet afin d'adapter leur structure aux besoins du territoire.

Les Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) prennent en charge des patients de 18 à 60 ans, sans possibilité de progression, dont la charge en soins et la complexité médicale rendent impossible le retour à domicile ou l'orientation vers le secteur médico-social. Maillon inexistant de la filière, ces lieux de soins et de vie doivent permettre une prise en charge pluridisciplinaire, un accompagnement psychologique, social et éducatif indispensables à la conception et à l'élaboration d'un projet de vie adapté à la situation de handicap, répondant aux souhaits de la personne et de sa famille.

Le déploiement d'une nouvelle activité nécessite de prêter attention à plusieurs points allant de la définition des caractéristiques des personnes accueillies à l'aménagement des locaux en passant par la gestion des ressources humaines et des finances. Le management par projets accompagné d'une communication adaptée permet d'atteindre les objectifs.

**Mots clés :**

planification, projet régional de santé, PRS, appel à projet, unité de soins prolongés complexes, USPC

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