



# Projet d'établissement du **CRF Bretegnier**

---

2012-2017



Fondation

**arc en ciel**

**CRF Bretegnier**  
14 rue du Dr Gaulier  
70400 Héricourt

Document approuvé par le Conseil de Fondation le 25 octobre 2012

## Sommaire

<b>Synthèse des objectifs principaux</b>	<b>3</b>
<b>Introduction : du bilan à la prospective</b>	<b>5</b>
Indicateurs/scores & tableau de bord 2011	
<b>Prise en charge du patient</b>	<b>19</b>
Politique de prise en soins du patient	<b>20</b>
Politique médical	<b>23</b>
Parcours patient par filière	<b>31</b>
<b>Management de l'établissement</b>	<b>53</b>
1. Projet qualité et sécurité	<b>57</b>
2. Projet social	<b>69</b>
3. Projet de gestion/PPI :	<b>78</b>
• Politique de DD environnemental	
• Projet de gestion / Politique d'achat	
• Plan pluriannuel d'investissement	
<b>Les fonctions support</b>	<b>101</b>
1. Projet hôtelier	<b>102</b>
2. Projet informatique	<b>107</b>
• Projet informatique/Politique informatique	
Politique de sécurité des SI	

## Synthèse des objectifs

### Objectifs généraux

Obtenir la qualité d'ESPIC

### Projet médical

Développer les alternatives

Renforcer la neurologie

Créer et pérenniser la réinsertion professionnelle (Comète)

Développer l'éducation thérapeutique

### Consolider le bon niveau de qualité

Généraliser l'EPP à tous les secteurs

Développer l'audit / les indicateurs

Développer les nouvelles méthodes d'analyse des risques

### Projet hôtelier

Contractualiser avec les services support

Intégrer les équipes ASH dans l'organisation générale des services de soin

Instaurer la traçabilité du bionettoyage

### Projet Informatique

Évolution dossier patient : V3&DMP

S'inscrire dans la dynamique « hôpital numérique »

### Projet social

Formaliser et mettre en œuvre une GPEC

Sécurité : Prévention AT /formation manutention

Améliorer l'efficacité de l'accueil des nouveaux salariés

### Projet de gestion /PPI

Maîtriser les coûts = contenir les coûts fixes

S'adapter à la T2A SSR

Préserver le bon état des infrastructures

Gel temporaire des projets immobiliers

**3<sup>ème</sup> projet d'établissement du CRF Bretegnier**

1ère édition : 2000-2005

2ème édition : 2006-2011

3ème édition : 2012-2017

# Introduction : du bilan à la prospective

## 1. Caractéristiques

### 1.1 Fiche d'identité

<b>Établissement</b>	<b>CRF Bretegnier</b>
<b>Statut hospitalier</b>	Privé (ENBL)
<b>Finess</b>	700780042
<b>Siret</b>	32730845800048
<b>APE</b>	851 A
<b>Adresse</b>	14, rue du Dr Gaulier 70400 Héricourt
<b>Téléphone</b>	03 84 46 56 56
<b>Télécopie</b>	03 84 46 56 93
<b>Email</b>	direction@bretegnier.fr
<b>Établissement certifié (V2010)</b>	Décembre 2010
<b>Directeur</b>	M. Victor Schwach
<b>Médecin chef d'établissement</b>	Dr André Chapuis
<b>Organisme Gestionnaire</b>	<b>Fondation Arc-en-Ciel</b>
<b>Finess</b>	250006335
<b>Adresse</b>	46, avenue Wilson 25200 Montbéliard
<b>Président</b>	Dr Brigitte Monath
<b>Directeur Général</b>	M. Samuel Guinard
<b>Statut Juridique</b>	Fondation créée le 8 décembre 1981
<b>RUP</b>	Par décret du 29/12/1981

### 1.2 Autorisations

En soins de suite et de réadaptation :

- 1 implantation Adulte Hospitalisation complète
- 1 implantation Adulte Hospitalisation temps partiel

Avec mention d'une prise en charge spécialisée

- des affections de l'appareil locomoteur
- des affections du système nerveux

Autorisation d'accueillir des patients en état végétatif ou pauci-relationnel

Autorisation de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

- ETP « Mieux vivre avec une maladie neurologie » (SEP, Parkinson, AVC, paraplégie)
- ETP « Mieux vivre avec une lombalgie »

## 2. Culture et valeurs associatives

### 2.1. Des valeurs affirmées

#### Fondation Arc-en-Ciel

Le CRF fait partie de la Fondation Arc-en-Ciel et partage les valeurs exposées dans le projet associatif :

- l'ouverture à tous sans distinction ;
- la qualité et le sens du service ;
- le respect de la personne et de sa dignité
- la prise en compte de la personne dans toutes ses dimensions physique, psychique, sociale, affective et spirituelle ;
- le respect des différences.

*Des valeurs partagées avec les professionnels : **le service aux usagers***

#### Adhérent à la FEHAP

Par son adhésion à la Fédération, le CRF reconnaît la communauté des valeurs, que la Fehap définit comme humanistes, ce qui signifie :

- placer la primauté de la personne avant toute autre considération ;
- défendre un système de soins et de services garantissant la liberté de choix des usagers et son accessibilité à tous ;
- accomplir ses missions dans le cadre d'une gestion désintéressée ;
- proposer des réponses à l'émergence des besoins nouveaux sanitaires et sociaux et encourage l'adaptation et l'évolution de ses établissements et services ;
- promouvoir le secteur privé à but non lucratif comme participant légitime aux missions d'intérêt général au bénéfice des usagers.

#### Une préoccupation partagée avec les professionnels

L'établissement dispose de plusieurs instances qui se préoccupent de promouvoir les valeurs :

- **un groupe éthique** qui s'est ouvert à d'autres établissements (MAS La Mosaïque à Lure, CRM à Mulhouse) ; il se réunit régulièrement depuis de nombreuses années ;
- **un groupe bientraitance** ; l'ensemble des personnels au contact avec les patients a suivi une formation sur les valeurs et dont l'aboutissement visible a été la production de la charte ci-contre.

## Le CRF Bretegnier affiche ses valeurs de prise en soin de l'Autre\*

En plus de la qualité technique et l'attention portée à la compétence de ses professionnels, le CRF Bretegnier encourage dans la pratique quotidienne des soins dispensés, le développement des sept valeurs suivantes :

- **Vigilance** : un professionnel en éveil à chacun en particulier, dans tous les instants du soin
- **Authenticité** : établir une relation sous le signe de l'estime, de l'attention et de la confiance
- **La délicatesse** accompagne la vérité dans un souci d'intégrité de l'Autre
- En toute bienveillance et en toute **générosité**, donner plus sans attendre de retour et contribuer à des rapports humains plus chaleureux et apaisants
- Une vision commune, la **dignité** de l'humain, inaltérable quelles que soient ses capacités physiques ou psychiques
- **Respect** : accueillir l'Autre dans sa singularité sans nécessité de réciprocité
- **Service** : donner le meilleur de soi-même sans pour cela s'asservir à l'Autre

\*l'Autre est ici entendu patient, famille et collègues de travail

## 2.2. Objectif

La qualité d'Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) correspond aux valeurs de l'établissement énoncées. Le CRF est disposé à prendre les engagements en conformité avec les 1° et 2° de l'article L. 6112.-3 du CSP, d'autant plus qu'ils correspondent déjà à son mode de fonctionnement (non discrimination, pas de dépassement d'honoraires...)

Le CRF souhaite participer à certaines missions spécifiques des établissements publics et ouvertes aux ESPIC, par exemple l'accueil des internes en médecine.

### 3. Positionnement du CRF

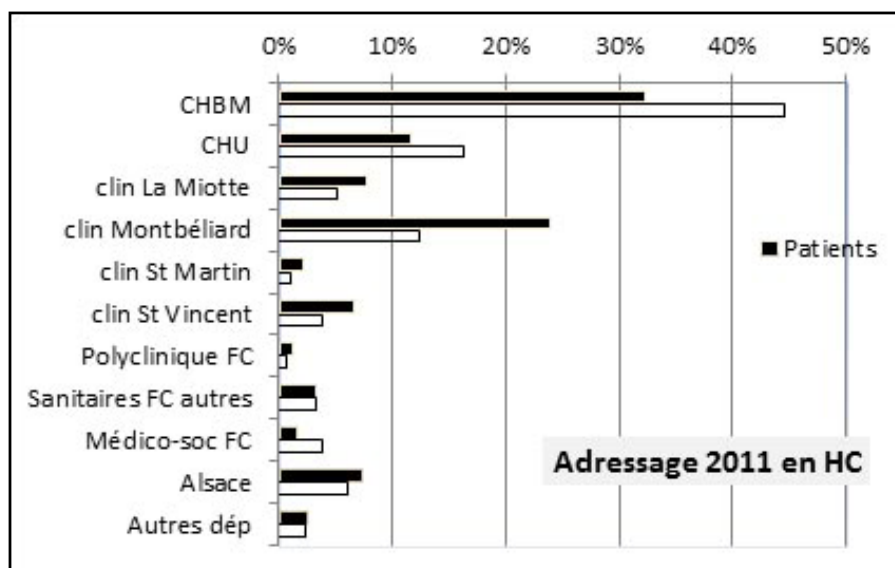
#### 3.1. Positionnement stratégique par rapport au PRS/SROS

Le PRS/SROS a confirmé les implantations et mentions de spécialisations du CRF.

Le PRS et en continuité le CPOM 2012-2017 ont confirmé la mission de recours du CRF et sa vocation d'ouvrir vers les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les médecins libéraux l'accès à toutes les prestations médico-techniques spécialisées.

#### 3.2. Filières de recrutement et tissu local

Tableaux des coopérations régionales (nombre de patients & journées)



Le CRF s'adresse à la population du nord Franche Comté ; il a établi des filières avec le Centre hospitalier Belfort-Montbéliard (CHBM), les hôpitaux régionaux (neurochirurgie) et les cliniques.

Le CRF est connu  
et reconnu

Mode entrée	Mode de sortie						Total
	Court S	Moyen S	Long S	domicile	Méd Soc	Décès	
Court S	9%		1%	71%	1%	1%	82%
Moyen S							1%
Long S							0 %
Domicile				16%			16%
Méd Soc							0%
Total	9%	0%	1%	87%	1%	1%	99%



Une partie des admissions en hospitalisation complète s'effectue à partir du domicile, il peut s'agir de patients sortis d'hospitalisation en court séjour dans l'attente d'une place ou d'admissions directes demandées par le médecin traitant. Les coopérations avec l'amont sont en place ; elles sont formalisées par des conventions.

Le domicile est la voie de sortie prépondérante. Cet état de choses implique la coopération avec le tissu social local constitutif de l'aval :

- les médecins généralistes
- les professionnels et services de soins infirmiers
- les services sociaux assurant le relais (GIE IMPA, SSIAD...)
- l'HAD
- les MDPH

L'établissement met en œuvre l'organisation de la sortie, selon les recommandations (HAS). Une collaboration s'est mise en place entre les assistantes sociales de l'établissement et le service social du GIE IMPA (CARSAT). Les transferts vers les structures médico-sociales (FAM, MAS, EHPAD) étant peu nombreux, les coopérations ne sont pas formalisées.

*Un CRF de référence = un acquis à préserver et à consolider*

### **3.3. Implication dans la formation**

Le CRF Bretegnier met ses compétences au service de la formation initiale et continue des professionnels :

- Le CRF accueille plus de 150 stagiaires dans les filières correspondant à l'ensemble des secteurs professionnels de l'établissement
- Le CRF a été agréé comme lieu de stage pour les internes de spécialité (médecine physique et de réadaptation) ; le médecin chef participe aux instances y afférentes (jury...)
- Le CRF participe à l'enseignement
  - > dans les IFSI
  - > à l'Université de Besançon (faculté de pharmacie)
  - > au Serfa de Mulhouse (Université de Haute Alsace)
- Le CRF organise des journées d'information/de formation
  - > accueillant les IFSI de la région sur des thématiques spécialisées
  - > il est à l'initiative de colloques, symposiums sur des thématiques telles que la chirurgie de l'épaule, parkinson, états-végétatifs, lombalgies...
- Il accueille les sessions de la formation médicale continue (FMC/DPC) du secteur de Héricourt.

*Le CRF  
bénéficie d'une  
très bonne  
image*

### **3.4. Image du CRF, qualité perçue**

- **Image au sein de la population** : l'établissement bénéficie d'une bonne image auprès de la population proche et des élus. Les excellentes relations avec la presse permettent d'informer régulièrement la population des évolutions, des nouveautés ; ces échos consolident l'opinion positive.
- **Image auprès des usagers** : cette bonne image se retrouve chez les usagers et leurs familles. Elle s'exprime dans les questionnaires de sortie ; elle est confirmée par les analyses de la CRUQPC.
- **Image au sein des correspondants médicaux** : chez les médecins prévaut une bonne image relayée par les échos des patients. L'établissement développe une politique de communication à l'égard des partenaires médicaux, sous forme d'une lettre adressée une ou deux fois l'an, pour informer sur les évolutions du projet médical. La satisfaction des médecins adresseurs a été évaluée, il y a quelques années. Une nouvelle évaluation reste à faire.

Ces résultats s'ajoutant à ceux de la certification 2010 et des indicateurs IPAQSS, ICALIN permettent de considérer que le CRF Bretegnier a atteint un niveau élevé de qualité dans son organisation et ses pratiques.

### **Objectifs**

- **Le CRF Bretegnier devra consolider sa position dans le nord Franche-Comté et adapter son projet médical pour répondre aux besoins de la population en utilisant au mieux ses compétences.**
- **Le CRF Bretegnier devra confirmer la qualité de sa prise en charge et préserver sa bonne image.**

## 4. Analyse médico-économique

### 4.1. Analyse du PMSI

L'année 2011 constitue une année de référence sur le plan de l'activité. Compte tenu de l'ouverture de l'unité d'accueil des patients en état végétatif courant 2010, l'activité a atteint un palier.

*Une gestion saine*

Activité 2011	Journées/venues	LMO
Hospitalisation complète	33 075	91
Hospitalisation de jour	9 982	27
Total	43 057	118

LMO = nombre de lits moyens occupés (activités/365j) Cet indicateur neutralise les lits et places vacants par suite de permissions, transferts... et de fermeture de l'hôpital de jour (congé).

Répartition de l'activité 2011 par CMC	HC	HJ
12 Affections du système nerveux	60 %	45 %
16 Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire	26 %	40 %
17 Affections traumatiques du système ostéoarticulaire	11 %	10 %
18 Amputations	2 %	4 %
Autres	0 %	0 %
Total	100%	100 %

*Des objectifs quantitatifs contractualisés et en phase avec les projets*

La neurologie en hospitalisation complète après intégration des EVC, représente 60% de l'activité ; ceci s'est traduit par un net alourdissement de la charge soignante et explique les renforts en personnel de soin. Le taux de dépendance physique >12 atteint le tiers des journées en HC.

Le CRF dispose encore d'une marge de progression :

- En quantité, par amélioration du taux d'occupation en HC et par développement de l'HJ
- En qualité, par l'accroissement de la neurologie en HC.

#### 4.2. *Analyse médico-économique*

Dans l'ensemble le CRF bénéficie d'une situation saine, actuellement confortable :

- Une activité stable, lui assurant des ressources suffisantes
- Pas de déficit à ce jour ;
- Une CAF suffisante
- Un cycle immobilier (extensions, restructurations) achevé

*Une situation  
saine*

Ce constat favorable ne doit pas masquer des fragilités. Les prix de revient du CRF sont relativement élevés. Pour l'HC : autour de 300 €. Ce prix de revient impose une discipline particulière : la justification de ce coût par une activité médicale adéquate.

## 5. Les objectifs généraux

La précédente période s'achève par le constat rassurant que l'établissement est dans une conjoncture favorable ; il est en ordre de marche :

- gestion saine - pas de déficit
- activité médicale reconnue - lits occupés
- personnel au complet
- bon niveau de consensus social
- équipements et locaux de bon niveau

Cet acquis constitue une base pour aborder un cycle qui s'annonce sous d'autres perspectives.

### ***Évolution du contexte général : un changement structurel***

- **La crise économique** : il est peu probable que la crise économique épargne le système de santé dans son ensemble et le CRF sera donc également concerné d'une façon ou d'une autre par l'inéluctable contraction budgétaire.
- **La T2A SSR** : récemment reportée à 2016, elle pourrait donc se mettre en place avant la fin de la période couverte par le présent document.
- **L'évolution du système de santé** : le plafonnement voire la baisse du volume d'activité hospitalière est déjà posée et les instruments de cette régulation sont déjà opérationnels (la mise sous accord préalable, MSAP, par exemple).

### ***Évolution du CRF***

À ces contraintes de l'environnement s'ajoute une composante conjoncturelle : l'équipe dirigeante/médicale sera renouvelée (toute la direction, la moitié de l'équipe médicale).

Les objectifs de ce document consistent à mettre en place une stratégie pour gérer au mieux cette nouvelle étape de la vie de l'établissement :

- maîtrise du risque conjoncturel de perdre des compétences par suite des départs ;
- maîtrise du risque systémique de lits vides par l'adaptation permanente du projet médical (extension à des activités de substitution correspondant à des besoins non couverts dans le territoire) ;

*Le CRF se prépare à s'engager dans un cycle comportant des risques majeurs*

- maîtrise du risque économique systémique par la maîtrise des coûts dans un environnement réputé instable ;
- Le niveau de qualité (certification/IPAQSS, ICALIN) est à préserver et à consolider.
- **Au total, le CRF a l'ambition de préserver la qualité (qualité des soins, des conditions de travail) en dépit du renforcement de la pression économique.**

### ***Indicateurs généraux***

- Obtention de la qualité d'ESPIC
- Indicateurs de résultat
  - > Maintien du volume d'activité en HC
  - > Maintien de l'équilibre financier
  - > Maintien de la qualité des soins
  - > Maintien des conditions du travail (satisfaction du personnel)

Ces indicateurs seront précisés ci-après.

## Indicateurs/scores & tableau de bord

### **Scores et classement : Lutte contre les Infections Nosocomiales**

Le score 2011 n'est pas encore connu (publication à la fin du printemps).

	2009	2010
ICALIN score	91,5	90,5
ICALIN classement	A	A
ICSHA score	180	127
ICSHA classement	A	A
ICATB score	17	17
ICATB classement	A	A
Score agrégé LIN	93	93
Classe LIN	A	A

### **Scores aux indicateurs IPAQSS**

Indicateur	2009	2010	2011
TDP : Tenue dossier patient (composite)	84	90	95
DEC qualité et délai du courrier de sortie	88	96	99
TRD : évaluation de la douleur	90	71	88
DTN N1 : poids à l'admission+J15	40	75	83
DTN N2 : N1+IMC	33	64	81
DTN N3 : N2+recherche variation poids avant admission	8	18	56
TRE : évaluation du risque d'escarre	5	33	74

### **Certification V2010**

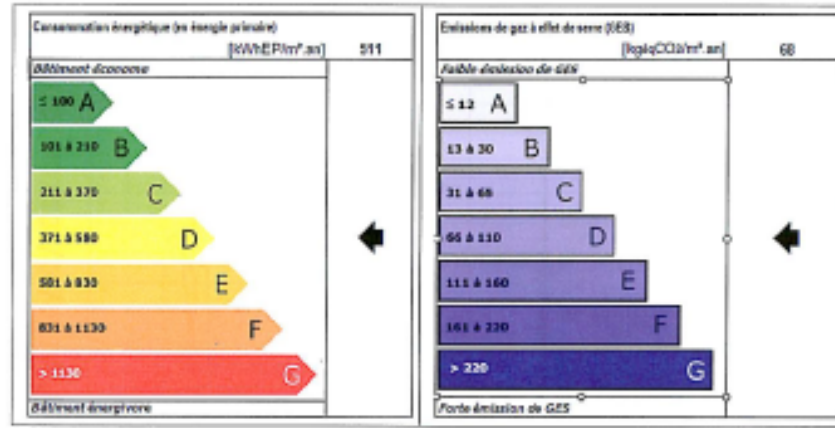
Décembre 2010 : Sans décision (ni suivi, ni recommandation)

Rapport publié sur le site de l'HAS

### Diagnostic de performance énergétique (DPE)

Consommation énergétique : D

Émission de gaz à effet de serre : D



Étiquettes énergétiques



**Indicateurs spécifiques établissement**

	source	2009	2010	2011
<b>Activité</b>				
Activité en HC	SAE	27 615	30280	33 075
Activité en HJ	SAE	8 156	9 150	9 982
% activité neurologique en HC (Mahos 2b)	PMSI	49%	58 %	60 %
% dépendance > 12 en HC	PMSI	31 %	29 %	34 %
Score de dépendance AVQ moyen en HC (Mahos 7b)	PMSI	9,8	9,7	10,1
PMJP	PMSI	1.635	1.635	1.688
<b>Qualité des soins et satisfaction</b>				
Nombre de questionnaires de sortie	CRU	555	585	639
Nombre de réclamations	CRU	3	4	1
Nombre de demandes d'accès dossier patients	CRU	25	26	12
Respect délai de remise dossier patient (RéQua)	CRU	81%	85%	100 %
Nombre de P3I	service	153	178	176
Nombre de visite à domicile ergo	SAE	83	63	79
Nombre de fiches d'événements indésirables	Qualité	106	89	116
Nombre de chutes	Qualité	118	129	125
Nombre de transfert en court séjour	Qualité	90	88	123
Nombre de patients entrés couverts par convention	Admissions	63%	90%	79 %
Nombre de patients neuros vus par équipe mobile MPR	Admissions	91%	85%	86 %
<b>Personnel</b>				
ETP médical+non médical décembre CRF (CDI+CDD)	SAE	132,5	149,8	157,2
Nombre d'AT (déclaration bénin + déclarés CPAM)	Direction	27	21	33
Conformité de la récupération soignantes *	Paye	56 %	94 %	99 %
Conformité de la récupération paramédicaux	Paye	76 %	81 %	82 %
Nombre de stagiaires accueillis	BS	200	188	184
Nombre de personnels formés (Alfa social)	BS	73	94	91
Taux d'absentéisme pour maladie	BS	7 %	6 %	5 %
Ratio heures absence maladie/ETP	BS	114	92	81
<b>Prévention risque infectieux</b>				
AES (nb/100 lits et places)	Requa	4,3	1,5	4,4
Audit hygiène en cuisine > 27/30	cuisine	100 %	100 %	97 %
Analyse bactériologique cuisine OK	cuisine	98 %	95 %	98 %
Positivité SARM dépistage CRF	EOH	Nc	24 %	31 %
Incidence IN/1000 Journées HC	EOH	Nc	2,62	2,15
(Prévalence) taux Infections Nosocomiales	CLIN	15,7%	17,2%	Nc
Traçabilité réévaluation prescription ATB	EOH	Nc	56 %	58 %

<b>Développement durable</b>				
Consommation de papier (en milliers)	feuilles	350	300	300
Consommation d'eau en bouteilles (par journée HC)	bouteilles	0,38	0,24	0,22
Vidage de benne papier/carton	vidages	47	52	52
Consommation d'eau / journée HC	Bouteilles	0,38	0,24	0,22
Consommation de gaz (en millions)	Kwh	2,64	2,66	2,40
Consommation d'électricité (en milliers)	Kwh	825	824	839
DASRI / journée HC	kg	0,84	0,72	0,82
<b>Indicateurs financiers (Type Hospidiag)</b>				
Taux de marge brute	Compt Fin		11,55 %	16,18 %
Taux de CAF	Compt Fin		8,19 %	11,44 %
Durée apparente dette	Compt Fin		10,08	6,86
Intensité investissement	Compt Fin		7,03 %	2,81 %
Indépendance financière	Compt Fin		74,54%	68,81%
Taux de vétusté équipements	Compt Fin		69,92%	66,43 %
Taux de vétusté des bâtiments	Compt Fin		38,67 %	42,80 %

\* Méthode identique à l'année précédente = avant majoration et ajouts divers (ex. Unifed travail de nuit)

# Prise en charge du patient

## Politique de prise en soin du patient

### Projet médical

1. Affirmer l'activité spécialisée de l'établissement
2. Développer l'hôpital de jour
3. Assurer un suivi médical de qualité
4. Rôle de la CME
5. Développer des activités nouvelles
6. Coopérations avec l'amont et l'aval
7. Révision des protocoles médicaux

### Parcours patient par filière

- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux

# Politique de prise en soin du patient

*Préserver la  
bonne image  
du centre*

Le CRF a réussi à capitaliser une bonne image auprès des patients, des adresseurs, des autorités et des élus. L'enjeu est de préserver cet acquis. Il a pu être obtenu par des investissements incessants, mais aussi par l'évolution permanente de ses pratiques et de son organisation ; cette image est la reconnaissance de la compétence et de l'engagement du personnel.

## Axe 1 : satisfaction du patient

### *L'accueil*

La politique de l'établissement vise à préserver les trois composantes

- **Un personnel** accueillant et rassurant :
- **Un cadre agréable** : confort, cuisine, bâtiments neufs ou rénovés, des services (salon de thé, WiFi, TV gratuite, soins esthétiques, coiffeur), animation, bénévoles
- **La sécurité** : attention portée à la sécurité des patients en situation de dépendance et donc de vulnérabilité : sécurité incendie, sécurité médicale, ...

### *Le respect des droits*

L'établissement s'efforce de respecter l'ensemble des obligations relatives aux droits du patient : affichage de la charte des droits du patient dans toutes les chambres, accès au dossier médical organisé et suivi, etc. Les aspects suivants font l'objet d'une attention particulière

- Information du patient : livret d'accueil, dépliants d'information, feuille de demande de rendez-vous, affichage des indicateurs qualité
- Personne de confiance
- Groupe bientraitance et groupe éthique
- Recueil des directives anticipées

**Action exemplaire** : charte du service Aquila élaborée par l'équipe au moment de l'ouverture du service.

**Objectif** : préserver l'acquis

**Indicateur** : Suivi des évaluations de séjour à la sortie par la direction et la CRUQPC

## Axe 2 : Recherche de l'efficacité dans le soin

### *Des soins appropriés*

- Équipe médicale plus étoffée que dans des établissements similaires
- Soins en conformité avec les missions des SSR (décret 2008)
- Soins en conformité avec les recommandations des autorités (HAS), sociétés savantes et les règles de bonnes pratiques

### *Interdisciplinarité*

**Objectif** : individualisation du projet de soin dans le respect du projet de vie du patient.

L'interdisciplinarité est d'une part une philosophie du soin basée sur la collaboration des professionnels entre eux et avec le patient et d'autre part une organisation du projet par la méthode du P3I (Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé). Sont par là recherchées les caractéristiques suivantes :

- primauté du projet personnel du patient qui est associé
- coordination de l'équipe
- prise en charge globale
- patient concerné est acteur de son projet
- la famille est associée

*Le projet  
personnel du  
patient prime*

### *Filières par pathologie*

**Objectifs** :

- Spécialisation des équipes pour développer les compétences nécessaires à la prise en charge d'une pathologie donnée
- Continuité de la prise en charge assurée par le médecin responsable

de filière qui pilote le processus et qui est l'interlocuteur du patient : depuis l'amont jusqu'à l'aval (y compris consultations préalables ou visite d'admission sur site hospitalier, jusqu'aux consultations de suivi)

**Indicateurs :**

- Individualisation de la prise en charge des patients (IPAQSS)
- Réévaluation des objectifs en cours de séjour (P3I dans les séjours longs)

# Politique médical

## Introduction

Les orientations de ce projet médical constituent le pilier du projet d'établissement ; il se veut l'expression de nos ambitions au service des usagers et de la population du territoire de santé en accord avec les décisions du SROS 3. Il tient compte des réformes sanitaires récentes (loi HPST, modification prévue de la tarification T2A en SSR, décrets définissant les activités et les autorisations en SSR).

Le CRF Bretegnier a obtenu la spécialisation dans :

- la prise en charge des patients avec affections neurologiques
- la prise en charge des patients avec atteintes de l'appareil locomoteur

Il a aussi une autorisation pour l'accueil de patients en état végétatif ou pauci-relationnel.

## Les axes principaux

### ***1. Affirmer l'activité spécialisée de l'établissement***

La spécialisation du personnel médical, des professionnels de soins et de réadaptation qualifiés, expérimentés et en nombre, la complexité de la prise en charge interdisciplinaire, la qualité du plateau technique mettent le CRF Bretegnier dans une position **de recours et d'expert** en matières de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) pour l'Aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt dans les domaines de la réadaptation des patients avec affections neurologiques et avec atteintes complexes de l'appareil locomoteur.

Cette ambition repose sur l'activité passée qui montre une augmentation continue de la part des affections neurologiques dans la population accueillie.

Ces spécialisations sont actées dans le SROS 3 et font l'objet d'une autorisation.

*Le CRF est  
doté de  
compétences  
médicales MPR  
et d'un plateau  
médico-  
technique  
spécialisé*

- **Les affections du système nerveux**
  - > les suites d'accidents vasculaires cérébraux
  - > les suites de lésions médullaires
  - > les suites de traumatisme crânien grave
  - > la maladie de Parkinson et affections assimilées
  - > la sclérose en plaques
  - > les neuropathies diverses : polyradiculonévrites, poly-neuropathies post-réanimation
  - > les lésions nerveuses post-traumatiques
  - > les états végétatifs persistants ou pauci-relationnels
  
- **Les affections de l'appareil locomoteur**
  - > les suites de chirurgie articulaire prothétique compliquée : PTH, PTG, PTE (hanche, genou, épaule) selon les recommandations de l'HAS chez des patients poly-pathologiques
  - > les suites de poly-traumatisme
  - > la prise en charge des amputés des MI avec appareillage
  - > les traumatisés du MS
  
- **Extension vers les pathologies plus lourdes**
  - > patients neurologiques nécessitant une assistance ventilatoire non-invasive : VNI
  - > patients porteurs de Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA)
  - > patients porteurs d'escarres avant et après chirurgie réparatrice
  - > rééducation des brûlés après prise en charge dans les centres spécialisés (Lyon, Metz)
  
- **Le bilan et le traitement de la spasticité**
  - > analyse de la marche sur le laboratoire d'analyse du mouvement et de la marche
  - > injections de toxine botulinique dans la musculature striée
  - > réglage et remplissage de pompes à Baclofène
  
- **le bilan et le traitement des vessies neurologiques**
  - > laboratoire d'urodynamique

*Accueil de pathologies complexes et de patients lourds*



- > participation au staff de neuro-urologie (réunions de concertation pluridisciplinaires) avec les urologues et MPR de Haute Alsace (Mulhouse)
- > consultation de neuro-sexologie

**Le fonctionnement en filières** mis en place lors du projet médical précédent a été évalué et doit être reconduit : il permet de dispenser à l'usager à tous moments des soins appropriés spécialisés dans une cohérence de programme.

**L'interdisciplinarité** mise en place depuis de nombreuses années est une préoccupation majeure de l'ensemble de l'équipe et représente le mode de fonctionnement opérationnel optimal pour l'usager et la satisfaction du personnel.

#### Indicateurs

- % de neurologie par service
- % de P3I par service

## 2. Développer l'hôpital de jour

Alternative à l'hospitalisation complète et facilitant la réinsertion familiale et sociale, elle doit être confortée et développée selon l'organisation en filières reconnue comme étant plus efficace. On s'attachera aussi à :

- développer la prise en charge des patients avec une sclérose en plaques (SEP) en complémentarité de la prise en charge neurologique et thérapeutique ;
- maintenir et développer l'activité « épaule » selon les protocoles élaborés et partagés avec les chirurgiens du nord Franche-Comté et de Haute-Alsace (le CRF reste par ailleurs le référent en cas d'échec de la prise en charge en ville) ;
- organiser et développer la prise en soins des rachis douloureux selon des critères bien définis :
  - > le plus tôt possible après le diagnostic (< 1 an)
  - > objectif de reprise du travail
  - > pas de désinsertion sociale et familiale
  - > rachis instable opéré
  - > prise en soins et appareillage des personnes avec camptocormie

*Développer l'HJ en complémentarité avec l'HC*

- Développement de l'ETP pour les maladies chroniques :
  - > patients porteur d'une maladie neurologique : Parkinson, sclérose en plaques, lésion médullaire, accident vasculaire cérébral
  - > patients lombalgiques

#### Indicateurs

- Nb de transfert d'HC vers HJ
- Volume d'activité en HJ

### 3. Assurer un suivi médical de qualité

*Le papy-boom n'épargnera pas l'équipe médicale*

- Problème de la démographie médicale : quatre des sept praticiens vont partir à la retraite avant la fin de validité de ce projet médical : importance du renouvellement et des embauches selon les critères suivants :
  1. Choix sur l'embauche de spécialistes MPR plutôt que MG
  2. Importance de la fonction DIM du fait de la future tarification à l'activité (T2A)
  3. Pallier le départ des seniors notamment pour poursuivre les activités très spécialisées (urodynamique, spasticité, analyse de la marche et du mouvement, neuro-sexologie)
- Développer la démarche éthique pour les patients les plus lourdement handicapés notamment les patients en état végétatif ou paucirelationnels
- Accueil d'internes en spécialité MPR (autorisation de l'ARS et de la faculté de médecine de Besançon) et stagiaires en DIU de rééducation

### 4. Rôle de la CME

*Modifié par la loi HPST du 21.07.2009*

1. **Fonctions de consultation** : la CME donne un avis sur
  - le projet d'établissement
  - les missions de service public
  - les conventions de coopération
  - l'organisation des soins

- la politique sociale
- le règlement intérieur
- les programmes d'investissement

**2. Fonctions d'information** : la CME est informée sur

- les comptes financiers
- le CPOM
- le rapport annuel d'activité
- la contractualisation des services
- la politique de recrutement
- l'organisation de la formation des internes et étudiants

**3. Contribution à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à la prise en charge des usagers** : la CME agit sur

- la gestion globale des risques
- les dispositifs de vigilance
- la lutte contre les infections liées aux soins
- la définition de la politique du médicament et des DMS
- les conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers
- l'évaluation de la prise en charge des urgences
- l'organisation des filières de soins
- la formation des internes et étudiants
- l'évaluation des pratiques professionnelles
- le fonctionnement de la permanence des soins (PDS)
- la contribution à l'élaboration du plan de développement professionnel continu (DPC)
- la participation à la procédure de certification

*Adaptation  
de la CME à  
l'évolution  
réglementaire*

## 5. Développement des activités nouvelles

### Comète : maintien dans l'emploi

Intégration au 1er janvier 2013 dans le réseau COMETE : maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap avec mise en place progressive du dispositif fin 2012.

Comète France initie dans les SSR, une prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes en situation de handicap hospitalisées. Cette démarche permet de les maintenir dans une dynamique d'insertion sociale et professionnelle. L'objectif est de construire, avec la participation volontaire et active de la personne handicapée, un projet professionnel en milieu ordinaire de travail, qui pourra se concrétiser le plus rapidement possible après l'hospitalisation.

La démarche précoce d'insertion « Comète France » se décompose en 4 phases :

1. accueillir le patient pour évaluer sa demande ;
2. élaborer avec le patient son projet professionnel et évaluer sa faisabilité ;
3. mettre en œuvre le plan d'action nécessaire pour le maintien dans l'emploi, la formation ou la reprise d'études, ou passer le relais aux organismes d'insertion pour les personnes en recherche d'emploi ;
4. enquêter sur le devenir des personnes un, puis deux ans après leur maintien dans l'emploi, leur reprise d'études ou leur entrée en formation.

*Le CRF favorise  
le maintien  
dans l'emploi*

Le réseau COMETE assure un appui technique et financier. Il négocie les budgets avec le Ministère et l'AGEFIPH. Il est garant de l'exécution de la mission et de sa qualité. Le CRF Bretegnier a été coopté pour le 1er janvier 2013.

### Indicateurs

- Nombre de dossier par phase

### Éducation thérapeutique

#### Développement des actions d'éducation thérapeutique du patient : ETP

Cette activité fait partie intégrante des sept missions des soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle est intégrée systématiquement dans les programmes spécifiques de rééducation et de réadaptation. Nous avons construit et développé cette activité pour certaines maladies de longue durée en-dehors de toute prise en charge rééducative, en prolongement

d'une hospitalisation ou au décours d'une complication.

Cinq affections ont été retenues et ont fait l'objet de projets qui ont obtenu l'agrément de l'ARS :

- Mieux vivre avec la maladie de Parkinson
- Mieux vivre avec la sclérose en plaques
- Mieux vivre après un accident vasculaire cérébral
- Mieux vivre avec une lésion médullaire
- Mieux vivre avec une lombalgie

#### Indicateurs

- Nombre de patients par programme

#### Autres

- participation au suivi médical spécialisé en Médecine Physique et Réadaptation des jeunes patients dans le cadre d'une convention avec l'Association des paralysés de France (IEM d'Ettuefont et SESSD de l'Aire urbaine)
- coopération avec l'UEROS (Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle) de Franche Comté pour les séquelles de traumatismes crâniens

*Le CRF développe l'éducation thérapeutique du patient*

## 6. Coopérations avec l'amont et l'aval

La fluidité des filières et la qualité du service rendu au meilleur coût nécessitent une collaboration étroite entre l'amont et l'aval.

L'évaluation par une équipe mobile MPR reste exigée pour les patients avec une pathologie neurologique (selon les recommandations de l'HAS et de la SOFMER).

- Pour les patients du CHU : collaboration étroite avec l'équipe mobile du CHU
- Pour les patients du CHBM : collaboration avec les médecins MPR et participation directe des médecins du CRF à l'équipe mobile du CHBM en raison du nombre insuffisant de médecins MPR sur le CHBM.

Les coopérations sont précisément décrites dans la convention de territoire signée entre le CHBM, la clinique de la Miotte et le CRF. Une attention toute particulière est posée sur la filière post-AVC et les coopérations avec le service neuro-vasculaire du CHBM

*Renforcer la coopération avec le CHBM y compris participer à l'équipe mobile MPR*

### **Indicateurs**

- % de patients adressés par le CHBM, le CHU
- % de journées par les patients adressés par le CHBM, le CHU

### ***7. Révision des protocoles médicaux***

En intégrant la notion de parcours de soins, en collaboration avec l'équipe des rééducateurs paramédicaux.

## Parcours patient par filière

---

### **Partie 1 : Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur**

- Orthopédie : épaule, genou, hanche, rachis
- Amputés
- Traumatologie

### **Partie 2 : Prise en charge des affections du système nerveux**

- Cérébrolésés : traumatique, anoxique, tumoral
- Pathologies médullaires
- Cérébrolésés vasculaires
- Autres affections neurologiques
- États végétatifs permanents

<b>Locomoteur</b>	<b>Orthopédie : épaule, genou, hanche, rachis</b>
Population cible	Patient adulte opéré adressé par chirurgien, répondant aux critères préconisés par la HAS (Haute autorité de santé) et la FEDMER (Fédération française de médecine physique et de réadaptation)
Critères de prise en charge	Patient poly pathologique Problèmes sociaux Suites chirurgicales compliquées
Adresseurs	CHBM, CHU Besançon, Colmar, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, CHI Haute Saone, cliniques chirurgicales : Belfort, Montbéliard, Vesoul, Besançon et Mulhouse
Délais d'attente	Admission programmée sans délai d'attente
Projet thérapeutique	Prise en charge intensive (supérieure à 2 séances de rééducation quotidiennes, 2 heures par jour à minima) pour une récupération plus rapide et de meilleure qualité. Optimisation des coûts et réinsertion professionnelle ou sociale précoce.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutter contre la douleur</li> <li>• Prévenir les risques de chute et de luxation (hanches)</li> <li>• Prévenir les complications : troubles trophiques, cutanés, thrombo-emboliques et liés au positionnement</li> <li>• Récupérer les déficiences articulaires et musculaires en tenant compte des délais de cicatrisation et de consolidation</li> <li>• Récupérer les capacités fonctionnelles en tenant compte des habitudes de vie antérieures et des projets socio-professionnels de la personne</li> <li>• Autonomiser le plus précocement les actes de la vie quotidienne</li> <li>• Accompagner la personne en situation de handicap sur le plan psychologique et socio-professionnel</li> <li>• Préparation du retour au domicile antérieur</li> <li>• Éduquer à la santé (globale et/ou centrée sur les pathologies initiales et associées)</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	<p>Hospitalisation complète et/ou hospitalisation de jour.</p> <p><b>1. Dispositif en personnel :</b></p> <p>1.1 Mobilisé sur l'ensemble des pathologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin Rééducateur</li> <li>• Kinésithérapeute</li> <li>• Professeurs APA</li> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> </ul> <p>1.2 Mobilisé sur réadaptation épaule et hanche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Assistante sociale</li> </ul> <p>1.3 Mobilisable en fonction des besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologue</li> <li>• Diététicienne</li> </ul> <p>2. Dispositifs techniques :</p> <p>2.1 Mobilisés sur l'ensemble des pathologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balnéothérapie</li> <li>• Salle de kinésithérapie</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Salle de sport</li> </ul> <p>2.2 Mobilisés sur réadaptation épaule et hanche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salle d'ergothérapie</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salle d'évaluation des actes de la vie courante</li> </ul> <p>2.3 Mobilisables en fonction des besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posturographie</li> <li>Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (LAMM)</li> </ul>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi des indicateurs : douleur, nutrition, escarre</li> <li>Indicateurs spécifiques : mesures angulaires, testing musculaire, tests fonctionnels</li> <li>Détection du risque et suivi des chutes</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisation complète et/ou hôpital de jour : genou en HC, hanche en HC, épaule en HJ, rachis en HC ou HJ</li> <li>Synthèse interdisciplinaire hebdomadaire</li> <li>Bilan des différents professionnels</li> </ul>
Durée de séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 à 4 semaines</li> <li>Épaule : selon protocole chirurgical entre 6 à 8 semaines</li> </ul>
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Date prévisionnelle de sortie indiquée au patient à l'admission</li> <li>Intégration possible dans le dispositif de sortie d'hospitalisation GIE pour les plus de 60 ans</li> </ul>
Évaluation du processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi de la DMS</li> <li>Cotation fonctionnelle de l'épaule</li> </ul>
Information et éducation du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>ETP autorisée : lombalgies chroniques communes</li> <li>Groupes équilibre</li> <li>Groupes PTH</li> </ul>

#### Référentiels

- HAS Recommandations 2006 -2008 : suite de chirurgie orthopédique, genou, épaule
- REQUA (2006) Revue de pertinence des admissions en soins de suite et réadaptation, 2006
- Projet PRADO (2011) : programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés – le champ de l'orthopédie, document de la CPAM de Versailles
- SOFMER/FEDMER (2011) Parcours de soins en MPR - le patient après prothèse total de genou, le patient après prothèse totale de hanche, le patient après rupture de coiffe des rotateurs

Locomoteur	Amputés
Population cible	Adolescents et adultes avec amputations des membres inférieurs pour raison traumatique, vasculaire ou carcinologique.
Critères de prise en charge	<p><u>Hospitalisation complète</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilisation dans l'évolutivité de la maladie causale.</li> <li>• Fonctions supérieures conservées.</li> <li>• Fonctions vitales stabilisées</li> </ul> <p><u>Hospitalisation de jour</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité et aménagement du domicile</li> <li>• Autonomie dans les déplacements</li> </ul>
Adresseurs	Chirurgie vasculaire CHU Besançon Clinique de la Miotte Chirurgie orthopédique CHU et CHBM
Délais d'attente	Dans les 15 premiers jours suivants l'intervention
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomisation</li> <li>• Appareillage</li> <li>• Préparation au retour à domicile</li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la bonne cicatrisation du moignon</li> <li>• Préparer le patient en vue de l'appareillage</li> <li>• Mettre en place l'appareillage</li> <li>• Accompagner le retour à domicile</li> <li>• Assurer le suivi médico-technique</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	<p>Hospitalisation complète ou de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositifs en personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins MPR</li> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> <li>• Kinésithérapeutes</li> <li>• Éducateur APA</li> <li>• Ergothérapeutes</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Assistante Sociale</li> <li>• Diététicienne</li> </ul> </li> <li>• Dispositifs techniques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salle de consultation et atelier d'appareillage</li> <li>• Salle de kinésithérapie</li> <li>• Salle d'ergothérapie</li> <li>• Posturographie</li> <li>• Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (LAMM)</li> </ul> </li> <li>• Partenariat sous convention avec appareilleurs extérieurs</li> <li>• Partenariat avec auto école pour adaptation véhicule et validation permis de conduire, selon protocole interne</li> <li>• Consultation pluridisciplinaire de suivi de l'appareillage</li> </ul>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : MIF</li> <li>• Durée de port de la prothèse</li> <li>• Vitesse et périmètre de marche</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<p><b>1. Préparation du patient à l'appareillage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la trophicité du moignon (cicatrisation, œdème, tonification musculaire)</li> <li>• Prévention des attitudes vicieuses</li> <li>• Lutte contre la douleur</li> <li>• Renforcement musculaire global et réentraînement à l'effort</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation</li> </ul> <p><b>2. Réalisation de l'appareillage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appareillage provisoire : adaptation de l'appareillage et travail de la vitesse et périmètre de marche. Autonomisation dans les actes de la vie quotidienne avec la prothèse. Phase en hospitalisation complète.</li> <li>• Appareillage définitif : mise en place de l'appareillage définitif réalisé en collaboration avec l'appareilleur extérieur dans le cadre de l'hospitalisation de jour.</li> </ul> <p><b>3. Préparation au retour à domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visite à domicile : <ul style="list-style-type: none"> <li>• conditions architecturales</li> <li>• aides techniques et aides de marche</li> </ul> </li> </ul> <p><b>4. Modalités spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validation des capacités motrices chez patient amputé vieillissant</li> </ul> <p>Prise en charge en hospitalisation de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification de l'adéquation des performances du patient avant la mise en place de matériel innovant</li> <li>• Entraînement après mise en place de nouveaux matériels</li> <li>• Prise en charge des patients amputés non appareillables pour réadaptation</li> </ul>
Durée de séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Courtes périodes pour les modalités spécifiques</li> <li>• Entre 6 semaines et 3 mois</li> </ul>
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation du retour à domicile dès l'admission suivie d'une visite par l'équipe de réadaptation en vue de l'aménagement du domicile</li> <li>• Mise en place des aides humaines et techniques</li> <li>• Séjours thérapeutiques</li> <li>• P3I et points famille</li> <li>• Contact avec le réseau d'aval</li> </ul>
Évaluation du processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de consultations après sortie</li> <li>• Nombre de prothèses provisoires</li> <li>• Suivi des durées de séjour</li> <li>• Délai d'appareillage</li> </ul>
Éducation et information du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygiène de vie : soin moignon, diététique, addiction, etc.</li> <li>• Entretien de l'appareillage</li> </ul>

<b>Locomoteur</b>	<b>Traumatologie</b>
Population cible	Adolescents et adultes
Critères de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctions vitales stabilisées</li> <li>• Capacités cognitives à entreprendre une rééducation</li> </ul>
Adresseurs	Chirurgie- traumatologie CHU Besançon Chirurgie- traumatologie CHBM CHI Vesoul SOS main : Besançon et Mulhouse
Délais d'attente	1 à 3 semaines
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomisation</li> <li>• Réinsertion familiale et socioprofessionnelle</li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutter contre la douleur</li> <li>• Prévenir les complications : troubles trophiques, cutanés, thrombo-emboliques et liés au positionnement</li> <li>• Prise en charge des déficiences articulaires et musculaires en tenant compte des délais de cicatrisation et de consolidation, et des incapacités.</li> <li>• Préparer le retour à domicile et/ou adaptations techniques nécessaires</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	<p>Hospitalisation complète ou de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositifs en personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins MPR</li> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> <li>• Kinésithérapeutes</li> <li>• Éducateur APA</li> <li>• Ergothérapeutes</li> <li>• Assistante Sociale</li> </ul> </li> <li>• Personnel mobilisable si besoin <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diététicienne</li> <li>• Psychologue</li> </ul> </li> <li>• Dispositifs techniques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateaux techniques</li> <li>• Posturographie</li> <li>• Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (LAMM)</li> </ul> </li> <li>• Partenariat avec auto école pour adaptation véhicule et validation permis de conduire, selon protocole interne.</li> <li>• Partenariat avec appareilleur extérieur (chaussures orthopédiques...)</li> </ul>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIF (Mesure de l'indépendance fonctionnelle)</li> <li>• Tests de marche</li> <li>• Tests de préhension</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation complète et/ou hospitalisation de jour</li> <li>• Bilan pluridisciplinaire : hebdomadaire en HC, tous les 15 jours en HJ</li> <li>• Prise en charge par l'ensemble des membres de l'équipe en fonction des délais de consolidation et de cicatrisation</li> <li>• P3I si nécessaire</li> <li>• Intégration du suivi chirurgical dans la prise en charge.</li> </ul>
Durée de séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 6 semaines à 4 mois</li> </ul>

# Parcours patient par filière

Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluation du retour à domicile dès l'admission</li><li>• Mise en place des aides humaines et techniques si nécessaire</li><li>• Séjours thérapeutiques</li><li>• P3I et points famille si nécessaire</li><li>• Éventuel relais dans un délai variable par un séjour en hospitalisation de jour</li></ul>
Évaluation du processus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultation de suivi dans les 3 mois si séquelles invalidantes</li><li>• Consultation pluridisciplinaire d'appareillage</li></ul>

<b>Neurologie</b>	<b>Cérébrolésés : traumatique, anoxique ou tumoral</b>
Population cible	Adolescents et adultes
Critères de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouverture des yeux</li> <li>• Autonomie respiratoire (avec ou sans trachéotomie)</li> <li>• Stabilisation des lésions encéphaliques</li> <li>• Stabilisation de l'état hémodynamique</li> <li>• Stabilisation des lésions associées</li> <li>• Avis de l'équipe mobile de MPR de l'établissement adresseur ou du médecin référent CRF</li> </ul>
Adresseurs	Réa CHU Besançon Neuro-chirurgie CHU Besançon Réa CHBM Neuro chirurgie Colmar Chirurgie-traumatologie CHBM Médecine, cardio, neuro CHBM (anoxiques)
Délais d'attente	1 à 4 semaines
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention des lésions liées à l'immobilité.</li> <li>• Restauration d'identité</li> <li>• Autonomisation</li> <li>• Réinsertion familiale et socioprofessionnelle</li> <li>• Accompagnement de la famille</li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner l'éveil du patient TC</li> <li>• Optimiser les capacités présentes</li> <li>• Resocialiser</li> <li>• Réadapter rapidement en cas de pathologie tumorale</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	1. Dispositif en personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin MPR</li> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> <li>• Kinésithérapeute</li> <li>• Éducateur APA</li> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Orthophoniste</li> <li>• Neuropsychologue</li> <li>• Assistante sociale</li> <li>• Psychologue</li> </ul> Mobilisable en fonction des besoins : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animateur</li> </ul> 2. Dispositif technique <ol style="list-style-type: none"> <li>Phase d'éveil :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre du patient</li> <li>• Rotonde du service pour travail en groupe</li> </ul> </li> <li>Phase de rééducation -réadaptation               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateau technique</li> <li>• Posturographie</li> <li>• LAMM</li> <li>• Sécurisation du secteur d'accueil par système de détection de fugue</li> </ul> </li> </ol> 3. Partenaires extérieurs <ul style="list-style-type: none"> <li>• La famille : intervient dans la prise en charge comme élément restructurant du passé du traumatisé crânien</li> <li>• Les organismes socioprofessionnels : COMETE, UEROS</li> <li>• Les médecins experts d'assurance</li> <li>• Psychiatre</li> <li>• Neurologue par convention</li> <li>• École de conduite automobile.</li> <li>• Éducation nationale</li> <li>• Foyers, unités de vie, MAS, unité d'accueil des EVP et EPR.</li> </ul>

Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WHIM (Wessex Head Injury Matrix)</li> <li>• GOS (Glasgow Outcome Scale)</li> <li>• MIF (Mesure de l'indépendance fonctionnelle)</li> <li>• Tests cognitifs</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<p><b>Bilan pluridisciplinaire durant toute la prise en charge</b></p> <p><b>Phase d'éveil et reprise de la conscience :</b> Spécifique TC, suivant évolution décision de poursuite de rééducation/réadaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge du patient : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprise du rythme nyctéméral</li> <li>• Prévention des escarres, des attitudes vicieuses, prise en charge des troubles orthopédiques et neurologiques centraux</li> <li>• Prise en soin pour dépendance totale</li> <li>• Travail d'éveil en groupe</li> </ul> </li> <li>• Prise en charge de la famille : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information : notion de délai.</li> <li>• Écoute</li> <li>• Conseils</li> </ul> </li> </ul> <p>Phase de réentraînement des déficiences</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions pré-requises : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience de soi</li> <li>• Participation volontaire du patient</li> </ul> </li> <li>• Évaluation des fonctions cognitives, des troubles neurologiques et orthopédiques</li> <li>• Réadaptation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration de la fonction</li> <li>• Réorganisation de la fonction</li> <li>• Mise en place de systèmes palliatifs dans le cadre de la fonction.</li> </ul> </li> <li>• Prise en charge psychologique</li> <li>• Autonomie dans les actes de la vie courante</li> <li>• Poursuite de la prise en charge de la famille.</li> </ul> <p><b>P3I</b></p> <p><b>Réinsertion familiale, sociale et professionnelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des capacités cognitives et non cognitives</li> <li>• Préparation au retour à domicile <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse de l'environnement social et familial</li> <li>• Visite à domicile</li> <li>• Aides techniques et en personnes</li> </ul> </li> <li>• Si retour à domicile impossible, orientation en vue d'un placement MAS ou foyer de vie et maisons relais</li> <li>• Préparation au retour au travail en coordination avec l'UEROS et COMETE, médecine du travail</li> <li>• Relation avec éducation nationale pour la scolarisation des adolescents</li> </ul> <p><b>Suivi à distance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de l'intégration socio-familiale</li> <li>• Réévaluation des capacités cognitives et comportementales</li> <li>• Possibilité de prise en charge rééducative en fonction d'objectifs précis, orthopédiques, neurologiques, cognitifs, comportementaux, sociaux et/ou professionnels.</li> </ul>
Durée de séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 1 et 12 mois</li> </ul>

Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluation du retour à domicile dès l'admission suivie d'une visite par l'équipe de réadaptation en vue de l'aménagement du domicile</li><li>• Mise en place des aides humaines et techniques</li><li>• Séjours thérapeutiques</li><li>• P3I et points famille</li><li>• Contact avec le réseau d'aval</li><li>• Relais dans un délai variable par un séjour en hospitalisation de jour</li></ul>
Évaluation du processus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de fiches EI concernant les fugues et les chutes</li><li>• Évaluation à 2 mois des conditions de sortie et d'intégration sociale</li><li>• Adéquation des P3I aux étapes de prises en soin du patient</li></ul>

**Référentiel**

- SOFMER/FEDMER (2011) : Parcours de soins en MPR – l'adulte après traumatisme crânien grave



Neurologie	Pathologies médullaires
Population cible	Adolescents et adultes atteints de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions médullaires traumatiques</li> <li>• SEP</li> <li>• Lésions médullaires médicales : vasculaires, tumorales, SLA</li> </ul>
Critères de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions orthopédiques stables</li> <li>• Lésions non ou peu évolutives en cas d'atteinte médicale en particulier tumorale</li> <li>• Lésions associées stabilisées en cas de polytraumatisme</li> <li>• Admission le plus rapidement possible après la phase de réanimation</li> <li>• Autonomie respiratoire avec ou sans trachéotomie</li> <li>• Ventilation non invasive (VNI) possible</li> <li>• Préparation ou suites de chirurgie d'escarres</li> <li>• Pour les SEP, la prise en soin se fait prioritairement en HDJ selon un protocole établi de 4 semaines</li> </ul>
Adresseurs	CHU Besançon CHBM CH Colmar Neurologues Médecins traitants
Délais d'attente	Le plus rapidement possible après la lésion selon les critères de stabilité, en fonction des places disponibles au CRF.
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention des complications liées à la lésion médullaire et à l'immobilité</li> <li>• Prise en charge de la fonction déficitaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration</li> <li>• Réorganisation</li> <li>• Mise en place du système palliatif</li> <li>• Optimisation de l'autonomie</li> <li>• Organisation du retour au domicile</li> <li>• Organisation du retour au travail ou du projet scolaire</li> <li>• Prise en compte des problèmes génito-sexuels</li> </ul> </li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter les complications, en particulier respiratoires</li> <li>• Autonomiser</li> <li>• Faciliter la réintégration familiale, sociale et professionnelle</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	Hospitalisation complète et/ou hospitalisation de jour.  1. Dispositif en personnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin MPR</li> <li>• Médecin neurologue (vacations)</li> <li>• Kinésithérapeute</li> <li>• Professeurs APA</li> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> <li>• Assistante sociale</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Diététicienne</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel mobilisé essentiellement sur SEP, mais mobilisable autres pathologies : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropsychologue</li> <li>• Orthophoniste</li> <li>• Animateur</li> </ul> </li> </ul>

	<p>2. Dispositifs techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salles d'ergothérapie</li> <li>• Salles de kinésithérapie</li> <li>• Balnéothérapie,</li> <li>• Salle d'évaluation des actes de la vie courante</li> <li>• Laboratoire d'urodynamique</li> <li>• Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (LAMM)</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Salle de sport</li> <li>• Salle d'appareillage</li> <li>• Posturographie</li> </ul> <p>3. Adaptation de l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle de l'environnement (domotique)</li> <li>• Matelas anti-escarres</li> <li>• Chambre à rail plafonnier</li> </ul> <p>4. Réunions périodiques d'évaluation P3I aboutissant à la mise en place d'objectifs et de moyens.</p> <p>5. Organisation de week-ends thérapeutiques pour maintien du lien familial et la préparation de la sortie</p>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIF (Mesure de l'indépendance fonctionnelle) régulière</li> <li>• ASIA (American Spinal Injury Association)</li> <li>• EDSS (Expanded Disability Status Scale) pour la sclérose en plaques</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<p><b>Blessés médullaires</b></p> <p><b>1. Phase post-aigüe</b></p> <p><u>1.1. Lutte contre les complications</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoires : surveillance et soins de trachéotomie si besoin, kiné respiratoire intensive</li> <li>• Cutanées : nursing, prévention des escarres sur matelas dynamique</li> <li>• Orthopédiques : kinésithérapie et nursing en chambre</li> <li>• Urinaires: passage rapide aux sondages intermittents après bilan cystographique et urodynamique</li> <li>• Circulatoires : thrombo-prophylaxie par HBPM et bas de contention</li> <li>• Lutte contre l'hypotension artérielle : médicamenteux et contention élastique</li> </ul> <p><u>1.2. Accompagner et faciliter la récupération</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinésithérapie active</li> <li>• Ergothérapie : contrôle de l'environnement et en particulier du système d'appel</li> <li>• Lever précoce et progressif en fauteuil roulant selon protocole</li> </ul> <p><b>2. Phase de rééducation active</b></p> <p><u>2.1. Évaluer et traiter la spasticité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxine botulinique</li> <li>• Pompe à baclofène</li> </ul> <p><u>2.2. Accompagner et faciliter la récupération si celle-ci est présente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinésithérapie active, verticalisation</li> <li>• Balnéothérapie si pas de contre-indication</li> <li>• Ergothérapie, appareillage ou orthèses</li> <li>• Accompagnement psychologique</li> <li>• Rééducation vésicale</li> <li>• Rééducation intestinale</li> <li>• Information et éducation génito-sexuelle</li> </ul>

	<p><u>2.2 En cas de non récupération après 3 mois d'évolution et après réunion d'évaluation</u></p> <p>Autonomisation maximale en fauteuil roulant pour les activités de la vie quotidienne</p> <p>Évaluation des possibilités de chirurgie fonctionnelle des membres supérieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides techniques et commandes de l'environnement</li> <li>• Verticalisation</li> <li>• Grand appareillage si la récupération est suffisante et en cas de motivation</li> <li>• Accompagnement psychologique</li> <li>• Éducation : prévention des complications cutanées, urinaires, digestives</li> <li>• Information et rééducation génito-sexuelle</li> </ul> <p><b>3. Préparation au retour à domicile et réintégration familiale sociale et professionnelle par l'équipe de réadaptation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dès l'annonce du pronostic (après 3 mois d'évolution si pas de récupération)</li> <li>• Visites à domicile</li> <li>• Travail avec la famille</li> <li>• Travail avec les structures scolaires ou universitaires</li> <li>• Travail avec les structures professionnelles par l'intermédiaire du dispositif COMETE</li> <li>• Évaluation de la conduite automobile</li> </ul> <p><b>Modalités spécifiques pour la SEP avec prise en charge sur l'hôpital de jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan pluridisciplinaire</li> <li>• Revalidation globale</li> </ul>
Durée de séjour	SEP : 4 semaines Lésions médullaires : entre 6 à 18 mois
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation du retour à domicile dès l'admission suivie d'une visite par l'équipe de réadaptation en vue de l'aménagement du domicile</li> <li>• Mise en place des aides humaines et techniques</li> <li>• Séjours thérapeutiques</li> <li>• P3I et points famille</li> <li>• Contact avec le réseau d'aval (CCAS, SSIAD, HAD, etc.) pour préparer le retour.</li> <li>• Orientation MAS possible</li> <li>• Prise en charge en hôpital de jour possible avec les critères d'admission suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité du domicile</li> <li>• Processus de réadaptation structuré et formalisé</li> <li>• Renforcement par activités sportives cyclodanse, handbike, équithérapie</li> </ul> </li> </ul>
Évaluation du processus	Évaluation à 2 mois des conditions de sortie et d'intégration sociale (consultation) Consultation de suivi neuro-urologique et génito-sexuelle
ETP	Autorisée : SEP et blessés médullaires

**Référentiel**

- SOFMER/FEDMER (2011) : Parcours de soins en MPR – l'adulte après lésion médullaire

Neurologie	Cérébrolésés vasculaires
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes présentant une lésion cérébrale acquise d'origine soit vasculaire soit tumorale stabilisée, soit infectieuse et responsable d'un déficit des fonctions motrices et/ou cognitives</li> <li>Accueil des personnes adultes selon les critères définis dans la convention avec le CHBM</li> <li>Accueil de personnes en séjour répit pour durée déterminée : trois semaines</li> </ul>
Critères de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilité des lésions encéphaliques</li> <li>Stabilité des critères hémodynamiques</li> <li>Évaluation par une équipe mobile MPR</li> <li>Délai de prise en charge le plus rapidement possible</li> <li>Convention : tous les patients de moins de 60 ans nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire, au-delà de 60 ans orientation en fonction du score NIH et/ou de Barthel</li> <li>Difficultés sociales ou psychosociales : durée dépendant de la résolution des problèmes sociaux</li> </ul> <p>Pour l'hôpital de jour en admission directe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>hémiplegique ayant perdu la marche (du domicile)</li> <li>hémiplegique non marchant à 6 mois de l'AVC sans troubles posturaux (du domicile)</li> <li>lorsque le retour à domicile est possible et l'évolution clinique favorable pour les patients suite à un séjour hospitalier : si plus d'un type de rééducation est nécessaire (à raison de 3 à 5 séances/semaine)</li> </ul>
Adresseurs	CHBM CHU Besançon CHI Vesoul CH Colmar Médecin traitant
Délais d'attente	Le plus rapidement possible après l'AVC selon les critères de stabilité, en fonction des places disponibles au CRF. 18 lits dédiés pour la filière
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention des complications liées à l'AVC et à l'immobilité</li> <li>Prise en charge de la fonction déficitaire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Restauration</li> <li>Réorganisation</li> <li>Mise en place du système palliatif</li> <li>Optimisation de l'autonomie</li> <li>Organisation du retour au domicile</li> <li>Organisation du retour au travail</li> </ul> </li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomiser la personne en situation de handicap, prenant en compte son souhait</li> <li>Mettre en œuvre un plan de soin personnalisé, impliquant la compétence des professionnels dans un contexte interdisciplinaire</li> <li>Éduquer la famille et le patient à une auto prise en soin en vue du retour à domicile</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	Hospitalisation complète et/ou hospitalisation de jour. <u>1. Dispositif en personnel :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin MPR</li> <li>Médecin neurologue (vacations)</li> <li>Kinésithérapeute</li> <li>Professeurs APA</li> <li>Ergothérapeute</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> <li>• Assistante sociale</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Neuropsychologue</li> <li>• Orthophoniste</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel mobilisable en fonction des besoins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animateur</li> <li>• Diététicienne</li> </ul> </li> </ul> <p><u>2. Dispositifs techniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salles d'ergothérapie</li> <li>• Salles de kinésithérapie</li> <li>• Salle d'évaluation des actes de la vie courante</li> <li>• Posturographie</li> <li>• Gait trainer : entraînement mécanique à la marche, en suspension</li> <li>• Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (LMM)</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Salle de sport</li> <li>• Salle d'appareillage</li> <li>• Salle d'urodynamique</li> </ul> <p><u>3. Réunions périodiques</u> d'évaluation P3I aboutissant à la mise en place d'objectifs et de moyens, la première à J 21.</p> <p><u>4. Organisation de week-ends thérapeutiques</u> pour maintien du lien familial et la préparation de la sortie</p>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIF début et fin de séjour</li> <li>• Permanence d'accès aux soins (PASS)</li> <li>• Critères de marche</li> <li>• Nombre de P3I</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<p><b>Fonctions motrices</b></p> <p><u>a) Membre supérieur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration de la fonction si il existe une extension du poignet à la première semaine (réunion de consensus hémiplégie – SOFMER 1996)</li> <li>• Réorganisation de la fonction dans le cas contraire</li> <li>• Relatéralisation du côté sain en cas de non récupération</li> <li>• Thérapie par contrainte induite dans certaines indications</li> </ul> <p><u>b) Membre inférieur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration de la fonction</li> <li>• Réorganisation de la fonction</li> <li>• Mise en place de systèmes palliatifs si absence de déambulation à 3 mois (avec ou sans aide)</li> </ul> <p><u>c) Prise en charge spécifique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutte contre la spasticité : toxine botulinique</li> <li>• Prévention des troubles orthopédiques et notamment de la capsulite rétractile de l'épaule du côté paralysé.</li> <li>• Prise en charge des troubles de la déglutition</li> <li>• Prise en charge des troubles urinaires</li> <li>• Autonomisation dans les actes de la vie courante</li> <li>• Prise en charge des fonctions cognitives déficitaires (aphasie, troubles visuo-constructifs, négligence spatiale unilatérale, troubles attentionnels, apraxies, agnosies, etc.)</li> </ul> <p><b>Prise en charge psychologique du patient et de la famille</b></p>

Modalités du dispositif de prise en charge (suite)	<p><b>Réinsertion familiale et sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation du retour au domicile</li> <li>• Analyse de l'environnement social et familial</li> <li>• Visite à domicile</li> <li>• Évaluation des désavantages</li> <li>• Aides techniques et en personnes</li> <li>• Évaluation de la conduite automobile</li> </ul> <p><b>Préparation au retour au travail en lien avec COMETE</b></p>
Durée de séjour	Entre 2 à 4 mois
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation du retour à domicile dès l'admission suivie d'une visite à domicile par l'équipe de réadaptation</li> <li>• Mise en place des aides humaines et techniques</li> <li>• Séjours thérapeutiques</li> <li>• P3I et points famille</li> <li>• Contact avec le réseau d'aval (CCAS, SSIAD, HAD, etc.) pour préparer le retour</li> <li>• Orientation MAS et EHPAD possible</li> </ul> <p>Prise en charge en hôpital de jour possible avec les critères d'admission suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Récupération du membre supérieur</li> <li>• Troubles cognitifs légers pour un patient actif ou réadaptation au travail</li> </ul>
Évaluation du processus	<p><b>Suivi à distance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation à 2 à 3 mois de l'intégration socio-familiale</li> <li>• Évaluation à 3 mois et 6 mois de l'autonomie pouvant déboucher sur une possibilité de prise en charge rééducative en fonction d'objectifs précis : orthopédiques, neurologiques, cognitifs</li> <li>• Au-delà de 6 mois pour évaluation de la spasticité et traitement : toxine botulinique, indication de chirurgie</li> <li>• Évaluation de la qualité de vie du patient et de l'aidant (conjoint) à 6 et 24 mois</li> </ul>
ETP	Autorisée : vivre après un AVC

#### Référentiel

- SOFMER/FEDMER (2011) : Parcours de soins en MPR – l'adulte après AVC

<b>Neurologie</b>	<b>Autres affections neurologiques : Parkinson, affections dégénératives diverses ou séquellaires</b>
Population cible	Adulte
Critères de prise en charge	Consultation préalable par MPR du CRF
Adresseurs	Neurologues Médecins généralistes
Délais d'attente	Programmé mais non priorisé car venant du domicile
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan fonctionnel et réhabilitation</li> <li>• Projet social</li> </ul>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer : Fonctions motrices, neurologiques, cognitives</li> <li>• Réaliser bilan social</li> <li>• Adapter l'environnement</li> <li>• Améliorer les capacités fonctionnelles par la rééducation</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	<p>Hospitalisation complète et/ou hospitalisation de jour.</p> <p><u>1. Dispositif en personnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin MPR</li> <li>• Médecin neurologue (vacations)</li> <li>• Kinésithérapeute</li> <li>• Professeurs APA</li> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Équipe de soins infirmiers</li> <li>• Assistante sociale</li> </ul> <p>Personnel mobilisable en fonction des besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologue</li> <li>• Diététicienne</li> <li>• Neuropsychologue</li> <li>• Orthophoniste</li> </ul> <p><u>2. Dispositifs techniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salle de kinésithérapie</li> <li>• Salle d'ergothérapie</li> <li>• Salle de sport</li> <li>• Salle d'évaluation des actes de la vie courante</li> <li>• Posturographie</li> <li>• Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (LAMM)</li> <li>• Mobilisables en fonction des besoins</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Balnéothérapie</li> </ul>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de marche</li> <li>• Échelle de qualité de vie</li> <li>• Tests cognitifs</li> <li>• MIF</li> </ul>
Modalités du dispositif de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation</li> <li>• Durée de séjour limitée</li> <li>• Hospitalisation complète</li> <li>• Hospitalisation de jour</li> <li>• Programme ETP</li> <li>• Partenariat avec associations : France Parkinson</li> </ul>
Durée de séjour	3 à 4 semaines

Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Date prévisionnelle de sortie indiquée au patient à l'admission</li><li>• Suivi diététique, si nécessaire : Nutriconseil 25</li><li>• Courriers concernant le séjour remis au patient à la sortie</li><li>• Révision dossier social</li></ul>
Évaluation du processus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adéquation de la durée de séjour par rapport à l'évaluation initiale</li><li>• Suivi consultation à distance</li><li>• Échanges avec les médecins spécialistes référents</li></ul>
ETP	Autorisée : vivre avec la maladie de Parkinson



Neurologie	État végétatif chronique
Population cible	Sans limite d'âge Priorité aux personnes du Nord Franche Comté mais possibilité d'élargir le périmètre selon la demande Autres régions dans le contexte d'un rapprochement familial
Critères de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État végétatif chronique, ou pauci-relationnel avéré</li> <li>• Patient totalement dépendant, autonome sur le plan respiratoire, avec ou sans trachéotomie, accepté avec VNI</li> <li>• Porteur systématique d'une GPE (gastrostomie percutanée endoscopique) lors de l'admission</li> <li>• État général doit être stabilisé : au plan cardiaque, métabolique et endocrinien</li> <li>• Pas d'admission directe en sortant de réa, patient doivent passer par unité de soins continus ou service de neurologie</li> <li>• Suite anoxie cérébrale : admission entre 3 à 6 mois</li> <li>• Traumatisme cérébral : admission entre 12 à 18 mois</li> <li>• Compte tenu de la filière interne avec l'unité d'éveil, le délai peut être raccourci pour les TC</li> <li>• Séjour de répit dans le cas de maintien à domicile</li> </ul>
Adresseurs	Service de réa CHBM Service de neurochirurgie CHU Besançon Service neurologie CHBM et CHU Service de neurologie et réa CHI Vesoul Alsace : neurochirurgie Colmar, neurologie Colmar et Mulhouse
Délais d'attente	Unité de 14 lits : 4 à 5 places par an
Projet thérapeutique	<p>La circulaire ministérielle du 3 mai 2002 spécifie ce qui définit l'état végétatif chronique (EVC) et l'état pauci-relationnel (EPR). Ce sont des patients atteints de lésions cérébrales graves qui ne permettent pas d'établir un code de communication avec l'entourage. On entend par code de communication la possibilité d'échanges relationnels, même non verbaux, de façon fiable et reproductible. La particularité de ces patients est l'hospitalisation longue dans des structures de soins non adaptées avant de pouvoir être admis dans une unité spécifique comme celle-ci. Les familles et les accompagnants sont eux aussi fragilisés par une situation qui est sans espoir de retour à une vie « normale ». Outre le bouleversement psychologique ils doivent faire face aux difficultés matérielles et financières, conséquences de l'accident.</p> <p><b>Le projet de service doit inclure à la fois un projet de soins et un projet de vie.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le lien familial et social</li> <li>• L'accueil et le soutien de la famille sont organisés afin d'offrir un maximum d'intimité et de souplesse dans les horaires. Une attention particulière est portée à l'intimité des couples.</li> <li>• Une grande disponibilité de l'équipe offre aux familles des temps d'écoute soit en équipe, soit dans une relation singulière selon le cas.</li> </ul>

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer des soins pour suppléer aux actes de la vie quotidienne que la personne ne peut réaliser compte tenu de son état</li> <li>• Prévenir les complications générées par l'alitement et l'impossibilité de se mouvoir seul</li> </ul>
Objectifs (suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser les soins techniques en lien avec l'état végétatif, concernant l'alimentation et la respiration</li> <li>• Réaliser des stimulations afin de maintenir et valoriser les possibilités relationnelles des EPR</li> <li>• Maintenir une ambiance conviviale autour du patient et de sa famille et une attention relationnelle spécifique</li> </ul>
Moyens mis en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le responsable médical est un médecin généraliste</li> <li>• Le service bénéficie d'un temps de secrétariat médical</li> <li>• Constitution d'une équipe formée spécifiquement à ce type de prise en charge, composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'AMP et d'ASH pour assurer les soins de bases, les soins techniques et la relation avec patient et famille. Cette équipe met en œuvre des ateliers et des activités de stimulation sensorielle.</li> <li>• Des rééducateurs et thérapeutes complètent le travail et la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinésithérapie</li> <li>• Ergothérapie</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Orthophoniste</li> <li>• Assistante sociale</li> </ul> </li> <li>• Professionnels mobilisables en fonction des besoins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animatrice</li> <li>• Musicothérapeute</li> </ul> </li> <li>• L'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé pour chaque patient offre des perspectives concrètes d'actions pour les professionnels. Les problèmes sociaux sont à prendre en compte pour le soutien de l'entourage.</li> <li>• L'état général de ces patients nécessite une présence infirmière 24 h sur 24, ainsi qu'une astreinte médicale 24 h sur 24.</li> <li>• Les astreintes médicales sont organisées avec celles du CRF.</li> <li>• Il y a possibilité d'avis spécialisé et/ou intervention par un médecin MPR ou même d'accueil dans un service du CRF en cas de survenue de signes d'éveil ou d'évolution de l'état clinique.</li> <li>• En cas de survenue d'un événement aigu nécessitant une hospitalisation, en accord avec la famille, le patient sera transféré, ou non, au CH de Montbéliard ou de Belfort.</li> </ul>
Évaluation du résultat (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité du maintien de l'état cutané</li> <li>• Suivi de l'état nutritionnel</li> <li>• Évaluation de la douleur par échelle « algoplus » et cible dans le dossier</li> <li>• Bilan des activités hors les murs</li> <li>• Suivi de la satisfaction des familles, nombre de rencontres avec les familles</li> </ul>

Modalités du dispositif de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformément à la loi Léonetti aucun acte thérapeutique déraisonnable n'est entrepris en cas de survenue d'un événement médical grave</li> <li>• Convention avec l'EMSP du CHBM pour soutien et prise de décision</li> </ul>
Durée de séjour	Situation palliative avec accompagnement de fin de vie
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décès accompagné, y compris la famille</li> <li>• Changement de service, transfert vers MPR interne</li> <li>• Transfert MAS</li> <li>• Retour à domicile</li> </ul>
Évaluation du processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation annuelle du projet personnalisé</li> <li>• Analyse des écarts entre le projet individuel et sa réalisation</li> <li>• Nombre de situations impliquant une réflexion éthique formalisée</li> </ul>

**Référentiel**

- Circulaire DHOS n°288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel



# Management de l'établissement

## Projet qualité et sécurité

1. Projet qualité et gestion des risques
2. Nouveaux projets et orientations
3. Les politiques

## Projet social

Situation actuelle  
Évolution du management  
Développement des ressources humaines durable  
Synthèse : objectifs et indicateurs

## Projet de gestion & plan pluriannuel d'investissement

Politique de développement durable  
Projet de gestion  
Politique d'achats  
Plan pluriannuel d'investissement

## Missions et ambition du management

*Ne pas subir les contraintes et les évolutions, mais de rester maître de son destin*

### Rester maître de son destin

La décision de changement de statut, un choix rare et audacieux, a été salutaire pour l'établissement. Elle illustre le rôle du management : connaître l'éventail des possibles, prendre les décisions en connaissance de cause après avoir examiné toutes les conséquences et mettre en œuvre techniquement le changement.

Le management du CRF a l'ambition de ne pas subir les contraintes et les évolutions, mais de rester maître de son destin, autant que faire se peut.

- Fixer le cap = définir la stratégie
- Prendre les décisions que cela impose
- Piloter l'ensemble des conséquences au quotidien

Cette mission repose sur la conscience d'une responsabilité qui incombe au management, vis-à-vis des patients, du personnel et de la Fondation. La direction du CRF Bretegnier entend jouer pleinement son rôle et remplir sa mission.

Cette responsabilité consiste à faire évoluer le CRF dans son fonctionnement et sa structure pour réaliser son adaptation à l'évolution du système de santé – si possible à temps, voire en anticipant les ajustements inéluctables. La réduction de l'orthopédie traditionnelle (PTH...) est un exemple, tout comme le développement de l'hospitalisation de jour ou des actes médico-techniques. L'adaptation à la crise économique sera un autre challenge.

### L'efficience au quotidien

La seconde mission du management est le pilotage au quotidien de l'ensemble des processus. Selon la métaphore du mécanisme d'horlogerie, il lui appartient de faire fonctionner de façon coordonnée l'ensemble des rouages.

- Piloter l'ensemble des processus et les coordonner
- Assurer un bon niveau de sécurité à tous les points de vue
- Instaurer une préoccupation partagée d'amélioration de la qualité
- Maintenir la primauté du service au patient et éviter que l'organisation ne se mette à son propre service

## Le management durable

Le management durable signifie s'inscrire dans la durée et préserver le futur.

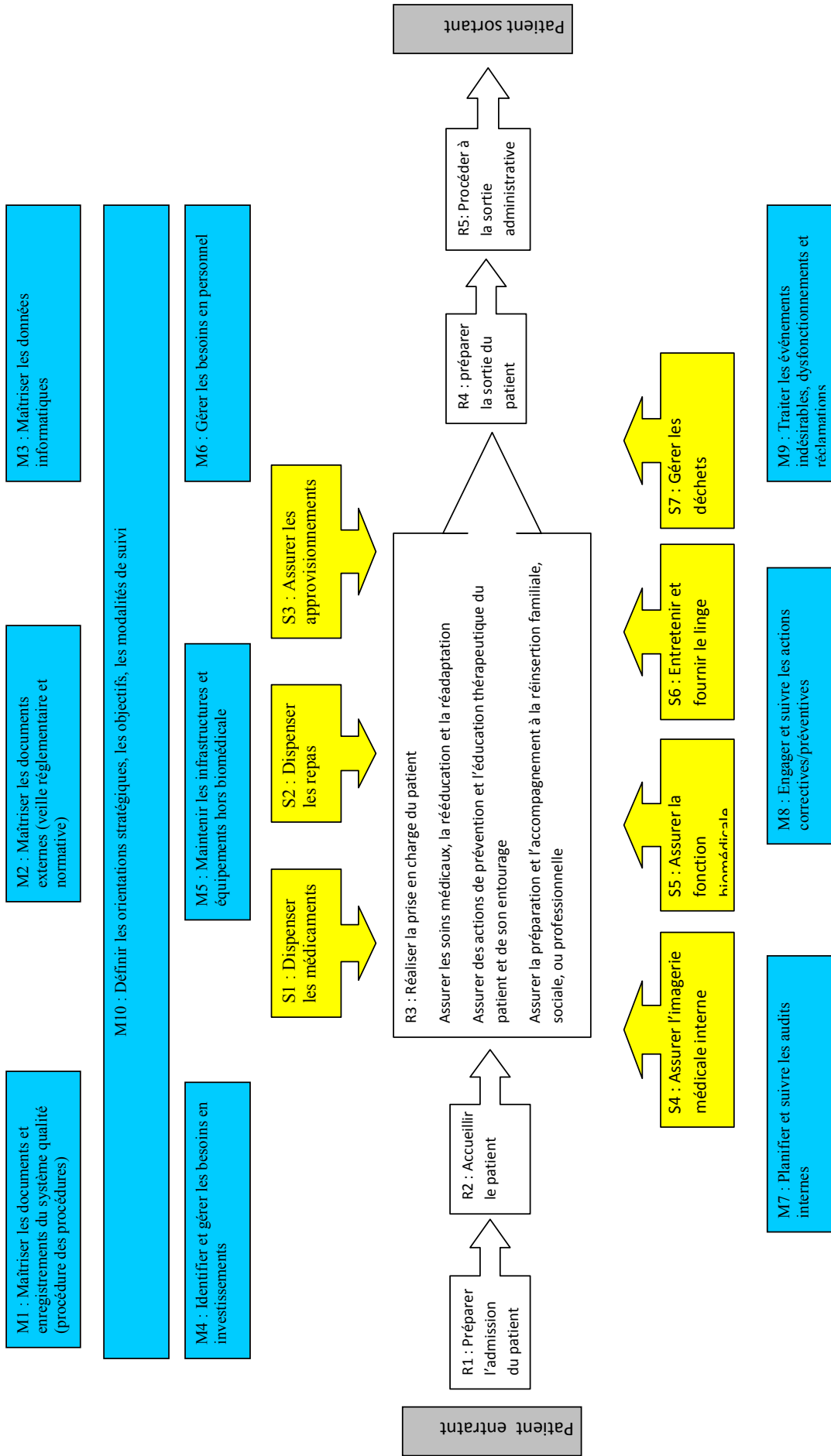
- prendre soin des personnes
- prendre soin des ressources

Le renforcement de la contrainte économique mettra le système – et les bonnes volontés – à l'épreuve. La préservation de l'équilibre économique deviendra un défi croissant que la direction aura à relever. Cet objectif comportera des risques aussi bien pour la qualité des soins que le climat social. Dans ce contexte il est important de **ne pas renier les valeurs**.

L'ambition du management est de piloter le CRF pour le faire évoluer afin qu'il reste en phase avec son temps et pour qu'il puisse poursuivre sa mission au service de la population du Nord Franche Comté. Cette ambition sera réalisée si le CRF réussit à préserver la qualité des soins, la qualité et la sécurité de son organisation et la qualité de vie au travail des professionnels.

*Faire évoluer  
afin qu'il reste  
en phase avec  
son temps*

# Cartographie des processus





# Le projet qualité et sécurité

## 1. Le projet qualité et gestion des risques

### **Généralités**

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est indissociable d'une implication de la direction, de l'encadrement et des personnels dans les différentes actions menées. La culture qualité-sécurité est donc l'affaire de tous, et repose sur deux principes fondamentaux :

- **Développer et pérenniser les démarches d'amélioration continue de la qualité** sur l'ensemble de nos processus.
- **Garantir** et améliorer la **sécurité** : « dépasser la culture de la faute pour développer une culture de la sécurité ».

Le contexte financier de plus en plus contraint conduit à intégrer systématiquement la recherche de la meilleure efficacité à la planification et à la conduite des actions qualité.

La gestion des risques s'appuie sur un système d'information performant permettant d'analyser *a priori* et *a posteriori* les risques inhérents à chaque activité ou processus, et de mettre en place les mesures de suppression, réduction, ou de récupération qui s'imposent.

Il est également nécessaire d'accompagner un changement de comportement individuel, prenant en compte la conscience que la survenue d'un accident n'a pas seulement pour cause l'erreur humaine (pas plus que la faute), mais qu'elle met en jeu une succession de facteurs techniques, humains, organisationnels et environnementaux. La vigilance de chacun est toujours une garantie ultime de la sécurité, nécessaire mais non suffisante.

Le respect des protocoles et leur adaptation aux situations réelles, la formation et la préparation à faire face à l'imprévu ou à l'urgence, la culture du signalement des incidents, de l'analyse des causes et du partage de l'expérience sont autant d'éléments indispensables qui conditionnent la sécurité.

Le fondement de cette culture est l'intégration par l'ensemble des professionnels des principes de base de la gestion des risques, notamment ceux nécessaires de responsabilisation et de transparence.

*La qualité est l'affaire de tous les professionnels*

### **Organisation**

#### **Pilotage, implication de la direction**

La loi HPST (2009) a redéfini les contours de la nouvelle gouvernance en ce qui concerne la gestion globale et coordonnée des risques liés aux soins.

La conférence médicale d'établissement (CME) intègre cette organisation, en formalisant dans son règlement intérieur la proposition, le suivi et la validation du programme global et coordonné d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, pour tous les domaines liés aux soins.

La CME désigne en son sein le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins.

La politique globale qualité et gestion des risques est ainsi animée par le responsable qualité-GDR et le gestionnaire des risques liés aux soins, en lien avec les instances impliquées, sous le pilotage de la CME et la validation de la direction.

Les outils de pilotage de la démarche sont déployés : cartographie des risques et programme global et coordonné d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

### Dispositifs opérationnels

- **La participation des représentants des usagers** à la démarche qualité et gestion des risques est également un axe fort de la politique. La CRUQ est informée des démarches d'évaluations de pratique professionnelle et du suivi du programme qualité gestion des risques. Elle est associée aux démarches d'amélioration en fonction du processus concerné.
- **Un groupe pluri-professionnel** est spécialement orienté vers l'analyse des événements indésirables et la réalisation d'audits internes.
- **La gestion des risques a été structurée**, les **vigilances** réglementaires sont **opérationnelles**.
- **La gestion documentaire informatique** est en place, la procédure des procédures est formalisée.
- Le système de **signalement des événements indésirables est opérationnel**.

*La certification par la HAS valide le niveau de qualité atteint*

L'adhésion du centre au **RéQua** (réseau Qualité Franche Comté) permet de bénéficier :

- d'un partenariat régional dans la conduite des actions d'évaluations (EPP, audit)
- de la base documentaire

### Mesure et résultats

**La certification par la HAS** valide le niveau de qualité atteint et permet d'établir une hiérarchie dans la conduite des actions correctives.

L'établissement compte trois certifications, dont la dernière obtenue en 2010 (référentiel V2010) sans réserve ni recommandation.

Les résultats des **indicateurs opposables** concernant la lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) et la qualité du dossier patient (IPAQSS) confirment ce bon niveau depuis plusieurs années.

Le développement **d'indicateurs interne** permet de suivre l'efficacité des processus et des actions d'améliorations mises en place.

Le **bon niveau de satisfaction** sur les **questionnaires de sortie** et le **faible taux de plaintes et réclamations** permettent également de mesurer et surveiller l'efficacité des dispositions prises.

### ***Les objectifs***

En synthèse, les objectifs fondamentaux du projet qualité-GDR sont :

- **Préserver le niveau de qualité atteint**
- **Adapter le système aux évolutions contextuelles et législatives**
- **Pérenniser la démarche d'amélioration continue du niveau de qualité des prestations fournies**

L'atteinte de ces objectifs sera validée par la certification 2014.

*Un bon niveau  
de qualité  
objectif et  
validé*

## 2. Nouveaux projets et orientations

### ***Axe n°1 : Généraliser l'évaluation des pratiques professionnelles à l'ensemble des secteurs***

*L'évaluation des pratiques professionnelles concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement*

L'évaluation des pratiques professionnelles doit concerner l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. La mise en place de ces démarches dans l'établissement a jusqu'alors été assez ciblée sur la pratique médicale.

Le développement de ces pratiques d'évaluation doit passer par une implication forte des responsables d'activité. Ceci concerne les services d'hébergement et les pôles de rééducation et réadaptation, mais également les processus supports et managériaux (pharmacie, techniques, hôtelier et cuisine, informatique, RH, comptabilité...)

#### **Objectifs**

- Inscrire l'ensemble des secteurs dans une dynamique d'évaluation par la conduite d'EPP à périodicité définie
- Intégrer la conduite d'EPP aux tableaux de bords de suivi qualité par secteur
- Renforcer l'implication de la sous commission EPP dans le pilotage de la démarche au sein de l'établissement : suivre le programme avec les responsables, garantir le respect des engagements et de la méthodologie.
- Intégrer la mesure d'impact dans chaque EPP (présence d'indicateur dans les nouvelles EPP)

#### **Évaluations et indicateurs**

- Suivi des EPP par secteur sur tableau de bord spécifique
- Nombre d'actions au PAQ-GDR issues des EPP
- Nombre d'EPP réalisées/nombre d'EPP planifiées

### ***Axe n°2 : Développement de l'audit interne***

La mise en place d'une procédure d'audit interne vise à évaluer dans son ensemble le système de management de la qualité à périodicité définie.

La pratique de l'audit interne répond à deux objectifs :

- Vérifier la conformité du SMQ par rapport aux textes, normes et recommandations en vigueur
- Vérifier la mise en application des dispositions prévues et formalisées dans le système de management de la qualité (SMQ)

**Objectifs**

- Définir et formaliser un programme d'audit interne pluriannuel
- Définir et formaliser la méthodologie et les supports standards
- Définir et formaliser l'exploitation des résultats : définition des plans d'action et de leur suivi
- Assurer la restitution et la communication aux professionnels de l'établissement et à la direction des résultats d'audits

**Évaluations et indicateurs**

- Programme d'audit annuel formalisé
- Mise en œuvre des audits planifiés
- Nombre d'actions au PAQ-GDR issues des audits internes
- Communication vis-à-vis des démarches d'audit

***Axe n°3 : développer la mise en place de nouvelles méthodes d'analyse des risques***

L'amélioration des pratiques professionnelles passe notamment par l'analyse des événements indésirables graves (EIG), mais aussi par les événements porteurs de risques (EPR). Ces derniers sont définis comme des événements médicaux qui auraient pu avoir des conséquences sur le patient mais qui n'en ont pas eu, contrairement aux EIG. L'accent doit être mis sur la pluridisciplinarité de cette démarche, tant dans le signalement que dans l'analyse.

*Le CRF  
bénéficie de  
l'appui du  
REQUA*

**Objectifs**

- Sensibiliser et former le personnel à la détection et au signalement des Événements Porteurs de Risques
- Mettre en place les outils d'analyse des causes des EPR
- Intégrer la méthodologie du patient traceur sur modèle HAS à l'analyse de processus

**Évaluation et indicateurs**

- Signalements d'EPR
- Taux d'EPR faisant l'objet d'une analyse
- Actions d'améliorations liées à l'analyse des EPR

### 3. Les politiques

#### ***Politique qualité et gestion des risques***

Les démarches de certification ont permis la validation du niveau de qualité atteint et la définition des plans d'actions prioritaires. Le concept d'amélioration continue de la qualité a été ainsi mis en œuvre dans l'établissement avec un recul de plus de dix ans.

Il s'agit, par cette démarche, d'associer tous les acteurs de l'institution pour améliorer leurs pratiques, leurs modes d'organisation, la coordination entre les différents secteurs.

Les professionnels du CRF Bretegnier agissent tous avec les mêmes objectifs :

- La qualité et la sécurité de la prise en charge du patient que ce soit en intervenant directement auprès du patient (pôles d'activité clinique) ou indirectement (pôles d'activité médico-technique, pôle d'activité administrative et logistique)
- La qualité des relations et la sécurité des autres usagers de l'établissement (familles, visiteurs, professionnels).

La démarche qualité et gestion des risques permet de pérenniser les pratiques, de les fiabiliser et de les faire évoluer pour qu'elles soient toujours adaptées à l'environnement et aux connaissances du moment.

Nous nous engageons avec l'ensemble des professionnels de l'établissement dans cette démarche permanente d'amélioration pour la satisfaction et la sécurité des patients, et des autres usagers du centre. La sécurité du personnel fait partie intégrante de cette politique.

#### **Objectifs**

- Améliorer la qualité et promouvoir l'évaluation : inscrire l'ensemble des processus dans une démarche d'amélioration continue (Deming), communiquer sur les démarches et les résultats
- Former les professionnels pour garantir et améliorer la sécurité : dépasser la culture de la faute pour développer une culture de la sécurité
- Développer l'efficacité des démarches : prise en compte du rapport coût/efficacité intégrant la notion de sur qualité

#### **Évaluations et indicateurs**

- Nombre de signalement des EI, EIG et EPR
- Indicateurs de performance du système de traitement des signalements
- Enquête sur niveau de culture qualité-sécurité des personnels
- Indicateurs de suivi du PAQ-GDR

*La sécurité du personnel fait partie intégrante de la politique qualité et gestion des risques*

## **Politique qualité de la prise en soins**

Au CRF Bretegnier, la qualité des soins intègre les objectifs définis par l'OMS comme : « une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Depuis 2007, la « qualité » est étroitement associée à la « sécurité des soins » au travers du volet « qualité et gestion des risques » intégré au projet d'établissement. L'organisation en filières et le travail pluridisciplinaire autour du projet du patient sont ancrés dans la pratique quotidienne.

### **Objectifs**

- Évaluer la qualité du projet individuel en interdisciplinarité
- Garantir l'évaluation du risque d'escarre et la qualité des actions afférentes
- Garantir la qualité de l'évaluation et du traitement de la douleur, sur l'ensemble des filières
- Auditer les pratiques soignantes pour optimiser l'adéquation des ressources avec les besoins

### **Évaluations et indicateurs**

- EPP projet individuel
- Indicateurs IPAQSS escarres et douleurs
- Actions spécifiques qualité et sécurité des soins au PAQ-GDR
- Nombre d'audits de pratiques et suivi des actions au PAQ-GDR

## **Politique d'évaluation des pratiques professionnelles**

L'EPP est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus avec les recommandations professionnelles.

Le CRF Bretegnier intègre la promotion et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles sur l'ensemble des secteurs d'activité comme un des éléments majeurs de la politique qualité et gestion des risques.

*Promouvoir et le développer de l'évaluation des pratiques professionnelles*

### **Pilotage de l'EPP**

Il existe une commission dédiée, la commission EPP, qui est une sous-commission de la CME. Elle est chargée d'appliquer la présente politique, elle est par sa composition représentative des pôles médicaux et médico-techniques de l'établissement. Elle élabore le programme des EPP. Celui-ci fait l'objet d'une décision par la direction, après validation par la CME.

Le suivi du programme et des plans d'action, effectué en réunion d'encadrement, fait l'objet d'un suivi formalisé dans le PAQ-GDR de l'établissement.

### **Objectifs de la politique EPP**

- Développer la communication interne et externe concernant les démarches des EPP et les mesures d'impact
- Pérenniser et renforcer l'implication de tous les professionnels dans les démarches EPP
- Pérenniser et renforcer la culture de l'évaluation
- Développer EPP sur l'ensemble des secteurs d'activité, y compris processus support et management
- Renforcer l'EPP vis-à-vis des activités médicales à risques stratégiques.

*Vers une culture de l'évaluation*

### **Évaluation et indicateurs**

- Tableau de bord EPP
- Taux de démarches conduites en partenariat avec RéQua
- Taux de professionnels impliqués dans des démarches d'EPP
- Mesure de la culture EPP par enquête spécifique

### ***Politique d'identification (et de rapprochement d'identité)***

L'identitovigilance peut être définie comme un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification.

Cet axe a fait l'objet d'un important travail en 2010 avec :

- la mise en place d'une procédure de surveillance de la base patient informatique, qui intègre les modalités de correction-suppression-fusion des dossiers en anomalie
- la mise en place d'un bracelet d'identification proposé de façon systématique à l'admission
-



## Objectifs

- La formalisation d'une charte d'identification du patient : contient l'ensemble des éléments organisationnels et techniques nécessaires pour assurer une identification fiable du patient au sein de l'organisation.
- La mise en place d'une cellule d'identito-vigilance : constituée d'une équipe pluridisciplinaire (médecin DIM, administratifs, informaticiens, soignants,...) mais de taille raisonnable.

Elle a pour mission de :

- Mettre en œuvre la politique d'identification
- Rédiger les procédures
- Élaborer les règles de gestion concernant les services
- Élaborer les indicateurs qualités
- Gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient
- Gérer les indicateurs et constituer les tableaux de bord

## Évaluations et indicateurs

- Taux de fusion
- Taux de doublons
- Signalement d'EI(G) liés à la problématique d'identification des patients
- Charte d'identification formalisée et connue des professionnels
- Nombre d'actions au PAQ-GDR proposées par la cellule d'identitovigilance

## ***Politique de lutte contre les infections associées aux soins***

### Généralités

Conformément à la législation en vigueur, le CRF s'est doté (depuis 2007) d'une équipe opérationnelle en hygiène (EOH) composée d'une pharmacienne et d'une infirmière, toutes deux formées et titulaires d'un diplôme universitaire en hygiène hospitalière. Cette EOH est secondée par un réseau de correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux représentatifs de chaque unité de soins.

Par son antériorité et sa reconnaissance, l'entité CLIN existe toujours au sein de la structure. Ses actions ont été récemment incluses dans le programme d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques de l'établissement, suivi et validé par la CME selon le décret du 5 novembre 2011.

La collaboration entre la coordination des risques et l'EOH est effective.

*Une équipe  
opérationnelle  
en hygiène*

*Préserver le bon niveau de maîtrise du risque infectieux*

Une ouverture sur tous les établissements sanitaires de la Fondation Arc-en-Ciel a été initiée en 2011 par le CRF et le CRCP de « La Grange-sur-le-Mont », à travers un groupe de travail nommé inter-CLIN. Cet inter-CLIN se réunit bi-annuellement, avec comme principaux axes de travail : la rédaction d'une politique commune de prévention des infections liées aux soins, le partage d'expériences et l'aide mutuelle si nécessaire.

### **Objectifs organisationnels**

- Affirmer et formaliser le lien entre l'EOH et la coordination de la gestion des risques.
- Développer et systématiser les méthodes d'analyse des causes (Revue Morbi-Mortalité ou retour d'expérience) dans le domaine de l'événement infectieux grave associé aux soins.
- Développer la culture en matière de signalement interne et externe
- Adapter les mesures de prévention et de maîtrise des infections liées aux soins en lien avec les futures orientations du projet médical (pathologies neurologiques lourdes, rééducation des brûlés...)

### **Objectifs de santé publique**

Persister dans notre implication pour la maîtrise de l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique par :

- L'amélioration de la prescription des antibiotiques en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques.
- La prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR)

### **Objectifs d'évaluation**

Perpétuer l'évaluation des pratiques professionnelles médicales en matière de prévention des infections liées aux soins et initier cette culture autour des pratiques paramédicales.

### **Objectifs quantifiés = indicateurs**

- Indicateurs nationaux : maintenir notre niveau actuel
- Indicateurs internes et surveillances nationales : tendre à l'amélioration par le renforcement des bonnes pratiques (protocoles, formation) et la mise en place d'actions correctives.

## ***Politique du médicament et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse***

### **Au niveau national**

L'arrêté du 6 avril 2011, qui s'inscrit dans la logique de la loi HPST, matérialise l'engagement d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

Les établissements « organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament ... » (décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé).

L'étude nationale ENEIS réalisée en 2009 a par ailleurs mis en évidence qu'environ 30 % des événements indésirables graves constatés en établissement de santé sont liés au médicament, et que pour moitié ils sont caractérisés comme évitables.

### **Au CRF**

Au CRF, la politique du médicament et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse passe par :

- Une volonté et une implication réelle de la direction de l'établissement, en lien avec la conférence médicale d'établissement et le COMEDIMS, dans le système de management de la qualité du circuit du médicament.
- Une informatisation totale du circuit du médicament : intégrant l'ensemble des lits de l'établissement, de la prescription à la distribution. Ce circuit est fonctionnel depuis 2005.
- La mise en place d'une distribution journalière individuelle nominative depuis 2005.
- Une évaluation des risques et l'élaboration d'un programme d'actions spécifiques au circuit du médicament.

### **Les objectifs**

- Assurer qualité, sécurité, continuité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux dans le parcours de soin : évaluation, audit, analyse de processus (intégrant amont-aval), plan d'actions spécifiques
- Développer les actions de prévention concourant au bon usage des médicaments et à la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables : audit, sensibilisation des personnels, partenariat RéQua (Plage-FC)

*La DJIN  
informatisée  
contribue à la  
sécurité*

- Intégrer l'efficacité dans la mise en œuvre des traitements médicamenteux et de l'utilisation des dispositifs médicaux : livret du médicament, achats, COMEDIMS
- Informer et éduquer le patient à la qualité et la sécurité de sa prise en charge médicamenteuse : ETP, traitement entrée et sortie, permissions...

#### **Les indicateurs**

- Nombre de signalements d'EI(G) en lien avec le circuit du médicament
- Taux de signalement d'EIG ayant donné lieu à une analyse
- Nombre d'actions au PAQ-GDR suite à analyse d'EIG et/ou audit du processus
- Modifications de prescription suite à contrôle pharmaceutique
- Évaluation du processus à périodicité définie

# Le projet social

Le projet social du CRF doit permettre d'accompagner l'établissement dans les évolutions structurelles en donnant les moyens humains nécessaires à la réalisation de ses missions. Entre 2012 et 2017, il doit faire face à l'arrivée de la T2A en SSR, l'évolution du profil des patients accueillis, la prise en charge de nouvelles pathologies, le développement d'activités nouvelles et le départ de la totalité du management et d'une partie du corps médical. Ce projet doit s'inscrire dans une politique de développement durable de nos ressources humaines afin d'assurer la pérennité de l'établissement et la fidélisation des salariés. Le CRF a l'ambition de favoriser l'épanouissement professionnel du personnel.

## 1. Situation actuelle

### Points forts

- **Effectif** : L'extension de l'activité du CRF s'est accompagnée d'un ajustement de l'effectif nécessaire (cf tableau comparatif des emplois entre 2007 et 2012 en annexe 1). L'augmentation de quasiment 20% du personnel sur 5 ans touche principalement les métiers médicaux et paramédicaux. Actuellement tous ces postes sont pourvus.
- **Conditions de travail** : La politique de prévention des accidents du travail est toujours présente dans notre établissement, notamment pour les TMS. 2011 est une année exemplaire en terme d'accident du travail avec un taux de gravité bas : diminué de moitié en 5 ans. Le nombre d'accidents liés à la manutention a lui été divisé par 3 dans le même temps (cf tableau en annexe 2).
- **Mobilisation du personnel** : Mobiliser c'est « inciter les employés à améliorer la qualité de leur travail, à s'aligner sur les priorités organisationnelles et à se coordonner, en mettant en place des pratiques de gestion qui ne les laissent pas indifférents, mais qui, au contraire les rejoignent ». Cette définition illustre notre politique sociale qui veut un développement des ressources humaines durable pour un établissement durable. Actuellement, les questionnaires de sortie rendus par les usagers soulignent régulièrement l'accueil et la compétence du personnel de l'établissement. En 2012, une enquête de mobilisation du personnel a été menée. Ses résultats montrent une bonne satisfaction du personnel tant dans la réalisation de son travail que dans les conditions d'exercice de ce dernier. Un groupe de travail est chargé de mettre en place un plan d'action afin de continuer à créer les conditions favorables de satisfaction du personnel en améliorant certains points.
- **Formation** : La politique de formation est très présente dans l'établissement. Outre les 2,3 % obligatoires, soit 121 527 euros en 2011, versés à

*Bonne  
mobilisation du  
personnel*

notre organisme collecteur UNIFAF, plus de 25.000 € ont été consacrés à la formation et aux congrès et financés directement par l'établissement.

- **Commission précarité** : Depuis 2010, le CRF a créé une commission précarité composée de l'adjointe de direction, de la secrétaire du CE et de la secrétaire du CHSCT. Elle est chargée d'étudier des cas de difficultés financières de certains salariés et de proposer au directeur une solution. Le profil précaire d'un salarié a été défini comme étant une personne vivant seule avec des enfants et travaillant à temps partiel sur des emplois dont le coefficient conventionnel est inférieur à 352. À ces personnes nous ajoutons les salariés ayant des saisies sur salaires ou demandant régulièrement des acomptes.

Bilan 2011 :

	Nbre personnes
Saisies sur salaires	3
Acomptes réguliers	2
Prêt	1
Paiement de congés pour difficulté financière	2
Octroi prime exceptionnelle par commission	2

Ces différents items regroupent 5 personnes différentes, certaines ayant bénéficié de plusieurs actions. En plus de ces cinq personnes, nous avons identifié deux autres personnes ayant un profil précaire ; soit au total 7 personnes pour l'année 2011.

### Points de fragilité

- **Retraite** : Le CRF n'est pas épargné par le « papy-boom » c'est-à-dire les personnes nées de l'après guerre (baby-boom) et qui sont en âge de partir à la retraite. Si nous considérons un départ à la retraite à 62 ans, 22 salariés du CRF pourront faire valoir leur droit entre 2012 et 2017. Parmi ces personnes, nous trouvons la totalité du management et 4 des 7 médecins : 3 MPR et le médecin qui assure la fonction de DIM.

Professions	Nbre personnes
Aide soignante	2
ASH	2
Assistante sociale	1
Chef cuisiner	1
Ergothérapeute	1
Infirmière	2
Kinésithérapeute	1
Manipulatrice radio	1
Secrétaire médical	1
Total non médical, non cadre	12

*Politique de prise en compte de la précarité de certains salariés*

Directeur	1
Directrice adjointe	1
Directrice des soins	1
Kinésithérapeute chef	1
Surveillante	2
Total encadrement	6
Total médical	4
Total général	22

- **Turn-over** : Il touche principalement les métiers de masseurs kinésithérapeutes et infirmières qui partent exercer en libéral. Le problème du recrutement se pose principalement pour la première catégorie de métiers évoqués et régulièrement le CRF doit faire appel à des kinésithérapeutes étrangers. Ceci implique de gérer la barrière de la langue et le temps d'adaptation nécessaire du professionnel.
- **Intégration des nouveaux embauchés** : Bien que le CRF ait une procédure pour l'accueil des nouveaux embauchés, la réalité du terrain (l'urgence, la charge de travail, le manque de temps etc.) nous montre qu'elle n'est pas toujours appliquée. Un audit réalisé en 2012 appuie ces dires et pointe des failles dans notre processus. Il a également permis de remettre en question son efficacité. En effet, l'audit fait ressortir une méconnaissance des consignes ou des réflexes de sécurité (ex : numéro d'appel d'urgence des médecins dans l'établissement méconnu) y compris pour les salariés ayant bénéficié de la procédure complète.

**Par ailleurs au niveau de la Fondation Arc-en-Ciel, il existe depuis 2011 un « parcours du nouveau salarié » :**

- Chaque salarié embauché en CDI ou en CDD de plus de 6 mois se verra convoqué au cours de sa période d'essai à une **rencontre des nouveaux embauchés** en présence du directeur général de la Fondation.
- Cette réunion a pour but de faire connaissance et de présenter en détail la Fondation et ses établissements.
- À la suite de cette réunion, le contrat de travail est signé par le directeur général.
- Dans les 6 mois suivant l'embauche, une journée de visite d'établissements est proposée aux nouveaux salariés permettant d'aller sur le terrain à la rencontre des équipes des autres établissements.
- **Objectif** : faire découvrir à chaque salarié l'ensemble des établissements dans les cinq ans suivant son embauche.
- **Projet en cours fin 2012** : réalisation d'un livret d'accueil du nouveau salarié dont une partie est commune à l'ensemble des établissements de la Fondation Arc-en-Ciel.

## 2. Évolution du management

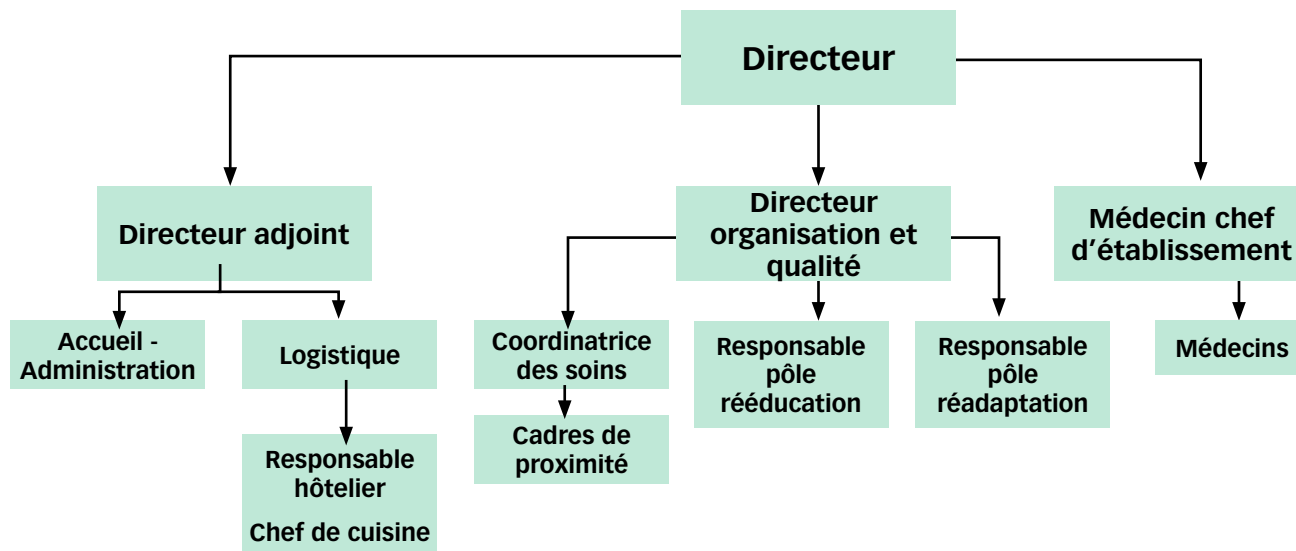
*Optimisation de l'organisation du management*

En 2012, deux départs dans le comité de direction, la directrice adjointe et la directrice des soins, amènent l'établissement à se poser la question de l'organisation future : doit-on reproduire à l'identique ou profiter de ces départs pour repenser l'organigramme de l'établissement ?

Dans la réflexion engagée, l'arrivée de la T2A et les exigences en termes d'organisation administrative, de tenue du dossier patient, de durée de séjour ont un rôle primordial. L'organisation, la coordination des différents métiers et la qualité vont être les piliers de tous les établissements SSR pour mener à bien les exigences. Il est apparu qu'une modification de l'organisation permettrait d'optimiser les ressources de l'établissement. Mais cette dernière doit se faire avec deux conditions : assurer la continuité d'un service rendu de qualité et n'envisager aucune création de postes de management.

Le changement le plus important est la suppression du poste de directrice des soins et de la qualité dont les fonctions seront réparties entre un directeur de l'organisation et de la qualité et une coordinatrice des soins qui sera en charge du pôle soins. Ensuite les paramédicaux sont répartis entre deux pôles : la rééducation et la réadaptation.

Le groupe de travail a établi l'organigramme suivant :





### 3. Développement des ressources humaines durable

#### ***Consolider la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC)***

La GPEC au CRF est présente. Quelques personnes ont pu bénéficier de formations leur permettant d'accéder à un nouvel emploi. L'établissement a pour objectif durant cette période 2012-2017 de formaliser cette politique de gestion des emplois et des compétences et de produire annuellement des documents s'y rapportant (exemple : cartographie des métiers présents dans l'établissement, catalogue des compétences requises par métiers, liste des compétences communes entre les métiers, besoins liés au développement d'activités nouvelles....etc)

*Formalisation  
de la GPEC*

Ce travail est d'autant plus important que la réorganisation du management présenté dans le point précédent s'appuie sur cette gestion. En effet, sur les sept mouvements dans le management, six sont issus de promotions internes. Seul le poste de coordinatrice des soins est un recrutement extérieur.

Quant au départ de quatre médecins sur sept, il faudra prévoir leur remplacement sur un territoire de santé où le manque de spécialistes est important du fait d'une région peu attractive mais également assurer les connaissances médicales et les spécificités de chacun (urodynamique, botox...) et assurer la reprise de la fonction DIM dont l'importance s'accroît avec la T2A.

#### ***La formation***

La formation est l'arme principale d'une GPEC, elle permet aux salariés d'acquérir les compétences nécessaires à leur évolution professionnelle.

Elle doit également permettre à l'ensemble des salariés, individuellement ou collectivement, de se former à l'accueil de nouvelles pathologies dans l'établissement définies dans le projet médical présenté précédemment, et à l'établissement d'assurer la pérennité de ses activités actuelles, notamment médicales, en anticipant les départs prévisibles (retraite).

*Politique de  
formation  
dynamique et  
réactive*

#### ***Sécurité et bien-être au travail***

**Sécurité** : Afin de proposer des conditions de travail sécurisées, l'établissement souhaite former un binôme d'animateur préventeur dont la mission sera, durant 2012-2017 de conseiller l'établissement sur ces choix en matière de prévention des TMS et de l'achat de matériel, d'auditer les pratiques en milieu de travail afin d'y apporter les corrections nécessaires mais également de mettre en place des formations régulières en matière de manutention au profit de tous les salariés. Le démarrage de l'activité

COMETE verra l'arrivée d'un ergonomiste qui rejoindra ce binôme et pourra y apporter ses connaissances professionnelles.

Ces personnes devront également, dans le cadre de la prise en charge des TMS liés au travail, s'inscrire comme établissement référent en matière de lombalgies et développer une éducation thérapeutique du salarié en milieu du travail.

**Bien-être** : L'établissement définit un plan d'action à partir des résultats du sondage « mobilisation du personnel ». Une nouvelle enquête durant ce quinquennat sera menée pour adapter les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail avec les évolutions des salariés et de leurs attentes.

### ***Accueil des nouveaux salariés***

*Une étape importante dans la vie du salarié*

Suite aux résultats de l'audit évoqués précédemment, une modification dans le processus de prise en charge de tout nouvel arrivant (CDI et CDD) a été élaborée par le groupe de travail. Au-delà de l'importance de cette étape dans la vie du salarié, c'est la sécurité et la qualité de l'établissement qui sont visées. L'évaluation de cette évolution reste à faire, de façon à s'assurer non seulement de la réalisation effective de la procédure mais surtout de son efficacité.

## 4. Synthèse : Objectifs et indicateurs

### ***Objectif 1 : Formalisation de la GPEC et optimisation de la formation***

- Production de documents annuels
- Identification des besoins à venir pour anticiper les formations ou les recrutements
- Identification des promotions possibles et création de parcours professionnels pour les salariés concernés
- Veiller à la pérennité des activités médicales

#### **Indicateurs**

- Ratio budget formation/masse salariale brute
- Nombre d'heures de formation

### ***Objectif 2 : Sécurité du personnel***

- Mise en place de formation trimestrielle à la manutention
- Audit sur le lieu de travail
- Éducation thérapeutique des salariés

#### **Indicateurs**

- Nombre de salariés formés/nombre total de salariés
- Suivi évolution des AT et notamment ceux dus à la manutention

### ***Objectif 3 : Optimiser l'accueil des nouveaux salariés***

- Veiller au respect de la nouvelle procédure et évaluer son utilité

#### **Indicateurs**

- Nouveaux salariés ayant une procédure conforme/Nouveaux salariés
- Questionnaire de satisfaction de la procédure rendu/Nombre de nouveaux salariés

Ces trois objectifs servent à conforter voire à améliorer les résultats de satisfaction du personnel au travail. Ceci sera évalué dans cinq ans par une nouvelle enquête du personnel.

## Annexe 1 : tableau comparatif des emplois entre 2007 et 2012

	ETP 2007	ETP 2012	Écart 2012-2007
<b>Administration</b>			
Direction	3,00	3,00	-
Administration	7,35	8,50	1,15
Secrétaires médicales	4,25	5,00	0,75
<b>Total</b>	<b>14,60</b>	<b>16,50</b>	<b>1,90</b>
<b>Services généraux</b>			
Adjoint des services éco	1,00	1,00	-
Cuisine	7,00	7,00	-
Lingerie	0,75	0,75	-
Ménage	14,00	16,00	2,00
Entretien	2,00	3,00	1,00
Magasinier	1,00	1,00	-
<b>Total</b>	<b>25,75</b>	<b>28,75</b>	<b>3,00</b>
<b>Paramédicaux</b>			
Infirmières y compris cadres	23,15	28,5	5,35
Aide-soignantes	22,30	30,00	7,70
Kinésithérapeutes	14,80	16,00	1,20
EPS	2,00	3,00	1,00
Ergothérapeutes	7,50	8,25	0,75
<b>Total</b>	<b>69,75</b>	<b>85,75</b>	<b>16,00</b>
<b>Autres</b>			
Psychologue	1,35	2,10	0,75
Assistante sociale	2,25	2,75	0,50
Orthophoniste	1,40	1,50	0,10
Manipulateur radio	0,25	0,60	- 0,25
Diététicienne	0,50	1,00	0,10
Préparatrice	1,00	1,00	-
Assistante balnéo	1,00	1,00	-
Brancardier	1,00		-
<b>Total</b>	<b>8,75</b>	<b>9,95</b>	<b>1,20</b>
<b>Éducatif</b>			
Animateur	1,00	1,00	-
Aumônier	0,30	0,30	-
<b>Total</b>	<b>1,30</b>	<b>1,30</b>	<b>-</b>
<b>Emplois aidés</b>	<b>2,36</b>	<b>3,00</b>	<b>0,64</b>
<b>Total emplois non médicaux</b>	<b>122,51</b>	<b>145,25</b>	<b>22,74</b>
<b>Emplois médicaux</b>			
Médecins	6,00	8,00	2,00
Pharmaciens	0,53	0,80	0,27
Interne			-
<b>Total emplois médicaux</b>	<b>6,53</b>	<b>8,80</b>	<b>2,27</b>
<b>TOTAL DES EMPLOIS</b>	<b>129,04</b>	<b>154,05</b>	<b>25,01</b>

## Annexe 2 : suivi des accidents du travail

Accidents du travail	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre signalé à la direction	31	28	27	21	33
Nombre de déclarations à la CPAM : avec arrêt de travail	18 9	10 7	14 6	12 6	19 7
Jours perdus	130	192	161	78	94
Jours perdus par rechute ou AT d'avant l'année N	85	127	155	297	7
Total journées perdues par AT	215	319	316	375	101
Taux de fréquence <sup>1</sup>	38	33	22	26 <sup>2</sup>	29
Taux de gravité <sup>3</sup>	0,89	0,78	1,15	1,65	0.42
Accidents d'exposition au sang ou autre liquide biologique	7	0	2	3	6
Accidents liés à la manutention	9	7	13	4	3
Avec arrêt	4	2	6	1	2
Jours perdus AT année N	51	58	156	5	20
Jours perdus AT d'avant	69	127	137	297	7
Total jours perdus AT manutention	120	185	293	302	27
Accidents liés aux chutes	6	5	3	5	2
Avec arrêt	4	2	1	3	1
Jours ouvrés perdus AT année N	55	122	5	27	23
Jours ouvrés perdus AT d'avant	0	0	0	0	0
Total jours perdus AT chutes	55	122	5	27	23
Incapacités définitives		0	0	0	0
Accidents du trajet	0	2	1	0	2
Taux de cotisation pour AT : CRF	3,49	4,07	3,76	2,27	2,12

<sup>1</sup> Taux de fréquence = nombre d'accidents avec arrêt \* 10<sup>6</sup> / nombre théorique d'heures travaillées

<sup>2</sup> Les deux taux ont été impactés par la modification dans la façon de calculer le nombre d'heures théoriques travaillées : en 2010 a été calculé d'après le nombre d'ETP budgétés, alors qu'en 2009 c'est le chiffre d'Alfa qui comptabilisait aussi les CDD

<sup>3</sup> Taux de gravité = Nombre de journées perdues x 10<sup>3</sup>/ nombre d'heures travaillées

# Projet de gestion & plan pluriannuel d'investissement

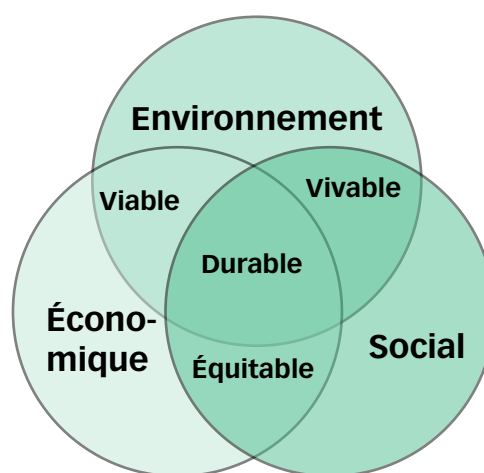
## Politique « Développement durable »

### Définition

« Le développement durable est un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » (Brundtland, 1987).

Dans le champ sanitaire, le développement durable repose sur trois piliers :

- **l'environnement** actuel de façon à le transmettre aux générations suivantes, sans en dégrader la qualité, ni épuiser les ressources ;
- **social** : la notion de management éco-responsable repose sur l'appropriation des enjeux collectifs, la reconnaissance du capital humain comme richesse de l'établissement et l'attention à l'épanouissement de tous ;
- **économique** : par la construction HQE (haute qualité environnementale)... le développement durable vise à atteindre une efficacité économique.



### Les objectifs généraux

Le CRF Bretegnier s'engage dans le développement durable. Il s'engage à accepter de façon croissante les contraintes du développement durable dans l'exercice de ses missions et son organisation.

Le CRF Bretegnier prend à son compte les cinq objectifs généraux affirmés par sa fédération (FEHAP) dans la convention de 2009 :

- Évaluer objectivement la performance en matière de développement durable
- Intégrer les enjeux du développement durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé
- Prendre en compte systématiquement les enjeux du développement durable dans l'évaluation des projets et dans les processus de décisions
- Amplifier les programmes de formation et les actions de sensibilisation aux enjeux et aux projets de développement durable

*Le CRF s'engage à accepter de façon croissante les contraintes du développement durable*

- Intégrer les critères de performance développement durable dans le management

## ***Le plan d'action***

### **Axes prioritaires**

Réaliser un diagnostic synoptique du développement durable environnemental comprenant :

- le suivi des consommations d'énergie
- le diagnostic des performances énergétiques
- l'audit réglementaire du circuit des déchets
- l'identification des déchets valorisables et leur filière de traitement
- le suivi des productions par type de déchets
- le suivi des consommations d'eau
- l'inventaire de la flotte de véhicules : suivi des kilométrages et consommations en carburant
- la notion de bilan carbone
- la notion de plan de déplacements d'établissement
- Établir un plan d'actions du développement durable environnemental

### **Calendrier**

Le plan d'action est gradué dans le temps.  
Un calendrier pluriannuel est défini.

### **Management**

L'établissement établit périodiquement un état des lieux recensant l'ensemble des actions déjà en place et allant dans le sens des objectifs du développement durable. Cet état des lieux s'ajoute aux audits réglementaires : bilan carbone, bilan thermique.

La politique de développement durable fait l'objet d'une communication adaptée.

L'établissement engage une sensibilisation des salariés et des usagers à la problématique dite des petits gestes de la vie quotidienne (éteindre la lumière, trier les déchets selon les filières).

### **Suivi**

La politique est évaluée.

Les actions sont programmées dans le temps et leur réalisation est suivie.

Des indicateurs sont définis et suivis annuellement ; ils sont intégrés au tableau de bord de l'établissement

*La politique de développement durable fait l'objet d'une communication adaptée*

## Annexe 1 : État des lieux

### 1. Énergie

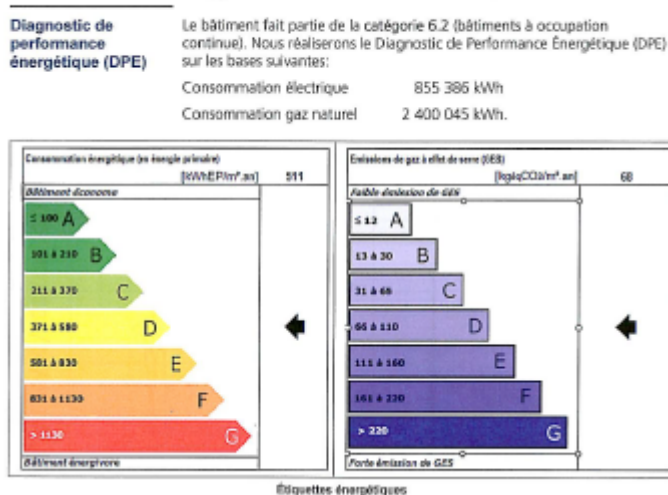
*Le CRF utilise les énergies renouvelables lorsque cela est économiquement pertinent*

- L'établissement optimise sa consommation d'énergie : électricité, gaz,
- Il utilise les énergies renouvelables lorsque cela est économiquement pertinent
- Il limite les installations fortement consommatrices d'énergie telles que la climatisation, sauf besoins pour raison réglementaire, technique ou médicale.

#### Actions réalisées

- Constitution d'une base documentaire permettant de connaître l'ensemble des consommations et leur variation dans le temps.
- 2009 : installation d'une production de courant photovoltaïque de dimension significative.
- 2010 : isolation des combles
- 2012 : Réalisation d'un audit (diagnostic de performance énergétique du bâtiment) par un bureau d'étude spécialisé pour évaluer la consommation d'énergie.

#### Étiquette énergétique :



### 2. Eau

L'établissement optimise sa consommation d'eau.

#### Actions

- Constitution d'une base documentaire permettant de suivre la consommation.
- Réduction de la fréquence des vidanges de la balnéothérapie
- Limitation de la consommation d'eau en bouteilles



### 3. Papier

L'établissement s'est engagé dans l'objectif « zéro papier ».

#### Actions

- La consommation de papier est suivie annuellement. Elle est documentée dans le tableau de bord de l'établissement. Elle est communiquée à l'ensemble des consommateurs.
- 2010 : une action exemplaire a été conduite = certification « zéro papier ». Suppression de l'édition annuelle de certains journaux comptables (conversion en Pdf)
- 2011 : Recherche d'optimisation par l'outil informatique dans le but de limiter les impressions de documents sur papier (déploiement de convertisseurs pdf, de vidéoprojecteurs...), installation de scanners dans les secrétariats médicaux
- 2011 : dossier patient « zéro papier »
- 2012 : déploiement de sanofichesécu dans les salles de soins = sauvegarde biquotidienne des données médicales pour chaque patient supprimant l'impression de fiches papier assurant la continuité/sécurité des soins en cas de panne informatique

### 4. Tri des déchets recyclables

Des filières de tri sélectif et des circuits de collecte sont en place depuis 2009 (au moins) :

- **Carton** : collecteurs dans les locaux concernés par le déballage et dans différents services producteurs ; conteneur centralisé (benne)
- **Piles usagées** : recueil des piles dans les points de distribution (pharmacie, administration, entretien). Les collecteurs sont vidés par l'entretien dans les points et collectes (déchetterie, Bricomarché).
- **Verre** : collecte dans les zones de production, stockage intermédiaire dans local relais au niveau 0 et garage. Évacuation par l'entretien.
- Élimination par le service entretien à la **déchetterie** : huile (friture, vidange), palettes, encombrants, ferraille, électronique-informatique
- **Déchets verts** enlevés par le prestataire...
- **Cartouches de toner** usagées

### 5. Tableau de bord de suivi

Développement durable		2009	2010	2011
Consommation de papier (en milliers)	feuilles	350	300	300
Consommation d'eau en bouteilles (par journée HC)	bouteilles	0,38	0,24	0,22
Vidage de benne papier/carton	vidages	47	52	52
Consommation de gaz (en millions)	Kwh	2,64	2,66	2,40
Consommation d'électricité (en milliers)	Kwh	825	824	839
Consommation d'eau totale	m3	11.029	8.028	8.663
DASRI / journée HC	kg	0,84	0,72	0,82

## 6. *Autres actions*

En collaboration avec l'infirmière hygiéniste :

- recherche de produits éco-labellisés pour limiter le rejet d'effluents nocifs (produits de nettoyage)
- acquisition/utilisation de nettoyeurs à vapeur d'eau (2ème génération en 2011)
- identification des risques liés aux effluents
- audit & suivi des DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux)

Avec le CHSCT

- Inventaire et liste individuelle d'exposition aux produits dangereux

L'axe bâtiment HQE n'a pas été retenu : pas de projet immobilier de construction ou rénovation en vue

## Annexe 2 : Plan pluriannuel

### Annuellement

- Bilan de la politique développement durable et suivi des indicateurs
- Communication aux salariés et aux usagers

### 2012

- Bilan thermique = diagnostic de la performance énergétique du bâtiment
- Bilan carbone de premier niveau
- Formalisation d'une « doctrine sur la climatisation »
- Isolation externe de la balnéothérapie

### 2013

- Réactivation de la sensibilisation aux petits gestes de la vie quotidienne
- Maîtrise de la régulation et du confort thermique : Effet attendu : réduction de la consommation de gaz
- Intégration du développement durable à la politique d'achat (véhicules)
- Poursuite du bilan carbone

### 2014

- Plan d'achat éco-responsable
- Réduction du volume des déchets

### 2015-2017

- Plan d'action de maîtrise du bilan carbone
- Plan de déplacement
- Nouvelle politique d'achat : achats responsables - achats éco-responsables achats durables

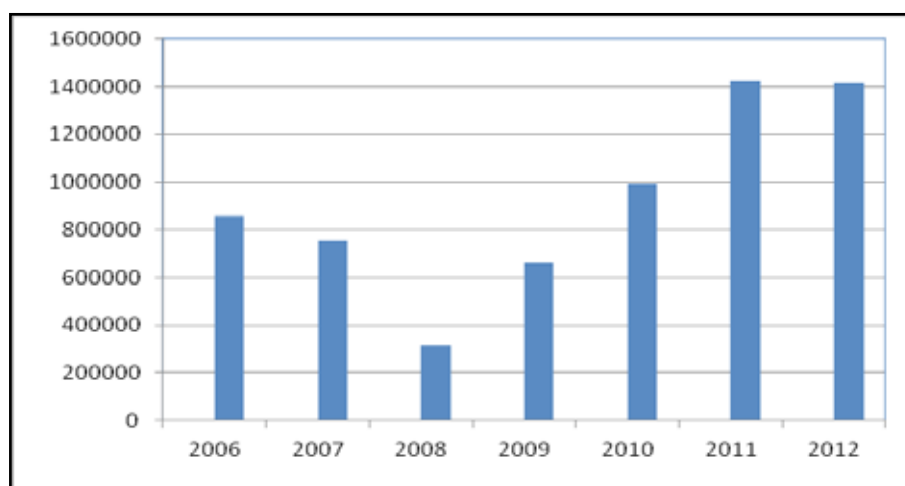
## Projet de gestion

### État des lieux

Le passage sous OQN a été décidé sous la pression d'une gestion devenue de plus en plus difficile ; la DAF n'avait ni accompagné l'évolution de l'activité médicale en qualité (alourdissement) ni permis le développement de l'activité en quantité (développement de l'hôpital de jour, création de l'unité EVC). Une autre problématique était l'équilibre menacé par une construction ambitieuse mais mal financée. La situation est à présent assainie. Le CRF est excédentaire pour les exercices 2010, 2011 et 2012.

Le taux d'indépendance financière défavorable (endettement très élevé) a conduit à porter une attention particulière à la CAF. Un seuil critique (minimum) a été défini : 1 M€ (=8%), avec priorité d'effectuer un rattrapage. Cet objectif a également été atteint.

*Une situation  
financière  
assainie*



Indicateurs financiers (référence : Hospidiag)	2010	2011
Taux de marge brute	11,55%	16,18%
Taux de CAF	8,19%	11,44%
Taux de CAF nette	70,68%	68,85%
Durée apparente dette	10,08	6,86
Ratio d'indépendance financière	74,54%	66,81%
Intensité investissement	7,03%	2,81%
Taux de vétusté équipements	69,92%	66,43%
Taux de vétusté des bâtiments	38,67%	42,80%
Besoin en fonds de roulement en jours	-12,29	-23,90
Fonds de Roulement Net Global en jours	24,17	46,31
Taux de créances non recouvrées	16,66%	6,32%
Délai moyen paiement fournisseurs	43,29	33,43

Sur le plan de l'organisation, le CRF a acquis une bonne maîtrise de sa gestion. Cette maîtrise concerne certes le résultat, mais aussi le processus :

- Mise en place d'une comptabilité analytique avec un accompagnement par la MEAH (devenu entretemps ANAP) permettant de produire en routine des CREA semestriels (par service) depuis 2008.
- Mise en place d'une contractualisation interne instituée en 2005 et récemment enrichie ; elle concerne les charges directes liées à la prescription (médicaments, laboratoire, transports...) et au personnel de soin (infirmières, aides-soignantes, y compris remplaçantes).
- Le passage sous OQN a rendu nécessaire l'organisation de la collecte de l'information depuis l'entrée jusqu'à la sortie et l'élaboration d'un manuel sécurisant la facturation. Un indicateur de qualité est en place.

*Le CRF a développé une analyse de gestion performante...*

#### Tableau de bord des documents déjà produits

Documents produits	Périodicité	Secteur
Suivi des dépenses et recettes	Mensuel	Établissement
Suivi des charges contractualisées	Mensuel	Services
Indicateur qualité de facturation	Mensuel	Établissement
CREA	Semestriel	Services
Suivi du coût des unités d'œuvre	Semestriel	Établissement
Analyse de gestion	Semestriel	Établissement
Bilan et compte de résultat	Annuel	Établissement
Benchmarking	Annuel	Établissement

L'édition à périodicité de ces documents est en place avec délai de production resserré et communication régulière aux instances et services

L'expertise développée correspond à la situation actuelle : le CRF financé sous DAF puis OQN. Avec la mise en place de la T2A SSR, cet acquis est remis en question. Une adaptation sera indispensable.

*... qui est à réviser pour l'adapter à la T2A SSR*

- Pour le nouveau cycle, l'objectif est d'enrichir ce reporting en l'adaptant aux exigences imposées par la T2A et en mixant les données médicales et économiques.
- Ces instruments de pilotage ont pour ambition d'éclairer les décisions à prendre en vue de préserver l'équilibre global de l'exploitation de l'établissement.

## Analyse de gestion et maîtrise des coûts

Le CRF se caractérise par des coûts à la journée relativement élevés, mais sa productivité est *a priori* bonne : la part réservée aux charges de LGG (logistique et gestion générale) est inférieure à la moyenne, les frais de structure sont élevés, mais le total (structure+LGG) est contenu. Il le sera d'autant plus que l'établissement affecte à l'allègement des frais de structure le produit des chambres particulières. En conséquence, le CRF affecte une proportion satisfaisante de son budget aux soins. Ceci doit être préservé.

### Les objectifs

- Réussir le passage vers la T2A SSR par l'organisation d'une facturation de qualité (maîtrise des délais, fiabilisation des données, sécurisation des factures)
- Poursuivre l'analyse des coûts : décomposition des coûts, coûts moyens par filières ou services, coût des unités d'œuvre, ...
- Maîtriser les coûts fixes (charges de structure et de logistique générale)
- Renouveler le benchmarking en l'adaptant à la mise en place de la T2A (par ex. confrontation des coûts unitaires à la base de données de l'ENCC)
- Mettre en place les conditions d'un nouvel équilibre financier, en passant d'un système administré à un financement instable qui nécessite des ajustements continus, et si possible sans provoquer de tangage.

*La maîtrise des coûts est un objectif stratégique*

### Confrontation des coûts fixes du CRF avec les données de l'ENCC 2009

		CRF 2011	ENCC DAF	ENCC OQN
	LGG	77,68 €	94,50 €	64,80 €
	Structure	29,71 €	14,80 €	29,60 €
<b>HC</b>	<b>total</b>	<b>107,39 €</b>	<b>109,30 €</b>	<b>94,40 €</b>
	LGG	45,58 €	78,50 €	54,00 €
	Structure	27,46 €	11,50 €	16,30 €
<b>HJ</b>	<b>total</b>	<b>73,04 €</b>	<b>90,00 €</b>	<b>70,30 €</b>

## Contractualisation et maîtrise des flux

La contractualisation est en place depuis 2005. Elle assigne à chaque service un budget basé sur les coûts historiques. Elle s'est enrichie de données relatives au personnel d'abord soignant, puis médical. Récemment elle a déjà débordé de cette première conception statique. La ligne des frais de personnel par service est modulée par des renforts occasionnels notamment les week-ends sur la base des points SIPPS, qui décrivent certes la lourdeur des patients mais encore l'occupation du service. On peut y voir le prélude à la future philosophie d'ajustement permanent (moyens/coûts/ recettes). Jusqu'ici l'intéressement a été traité sous la forme d'une prime collective pour tous les salariés.

La poursuite de la contractualisation consiste à :

- Renouveler le reporting combinant l'activité médicale et la gestion ; dans un premier temps, le suivi par service sera complété par des données relatives aux PMSI ; l'étape suivante sera d'associer des informations sur l'activité médicale (PMSI), le coût de la production des soins, les recettes générées.
- Inventer un mécanisme de pilotage des services à partir de ces informations et en y associant les responsables concernés (cadres et médecins) ; avec focus sur l'équilibre du service, l'équilibre global de l'établissement

*Étendre et rénover la contractualisation pour associer les cadres et les médecins*

Préserver  
l'équilibre  
financier

- Mettre en place un mécanisme d'intéressement restituant au personnel une partie des résultats... lorsque les objectifs globaux sont atteints (dans l'immédiat : niveau de CAF, plus que résultat).

## Objectifs

**Ambition** : S'adapter à la pression économique, puis à la T2A, tout en préservant la qualité des soins et l'équilibre économique de l'établissement

### Objectifs

- Consolidation de l'analyse de gestion
- Maîtrise des coûts avec une attention portée aux coûts fixes pour éviter que cette composante ne porte atteinte à la qualité des soins
- Mise en œuvre d'une politique d'achats

## Indicateurs

- Nombre de tableaux de bord de contractualisation révisés et diffusés
- Solde comptable des exercices
- Tableau de bord de suivi : CREA (compte de résultat analytique), décomposition des coûts, coût des UO (unités d'œuvre)

## Politique d'achat

### *Bilan de l'existant*

- L'adhésion déjà ancienne à la CAHPP, centrale de conseils et de référencement, permet à l'établissement d'optimiser ses achats en bénéficiant de prix négocié sur des produits référencés et occasionnellement d'assistance à la maîtrise d'ouvrage sur des opérations d'investissement (climatisation, ascenseurs)
- La surveillance des coûts unitaires pour les lignes les plus importantes par la vérification de leur progression dans le temps et en les comparant avec ceux d'autres établissements
- Le regard particulier porté aux frais fixes de la structure en limitant leur progression, en pratiquant le benchmarking et en se comparant à des bases de données de type ENCC (échelle nationale des coûts à méthodologie commune)

Ceci démontre l'engagement de fait du CRF Bretegnier dans la maîtrise des achats.

Mais le contexte économique général incite l'établissement à intensifier la démarche de maîtrise des coûts en affichant sa politique d'achats dont les objectifs pour 2012-2017 sont :

### **Objectif 1 : Auditer les prix des achats significatifs**

Après avoir identifié les postes d'achat les plus importants, financièrement, l'établissement réalisera :

- du benchmarking avec d'autres acheteurs
- la vérification de la bonne utilisation de l'achat (quantité, qualité, utilisation adéquat....) qui pourra déboucher sur la mise en place de protocoles d'utilisation, des formations internes ...
- la possibilité de substituer par un produit moins onéreux (médicament générique par exemple)

#### **Indicateurs**

- Nombre des produits audités
- Évolution des titres 2 et 3, évolution des charges fixes

### **Objectif 2 : Massification des achats au niveau de la Fondation Arc-en-Ciel**

La Fondation Arc en ciel est composée de sept établissements, dont le CRF Bretegnier. L'objectif est de créer un groupe de travail inter-établissements chargé de lister les achats communs des différents sites et de négocier des tarifs de groupe avec les fournisseurs.

Grouper les achats

#### **Indicateurs**

- Nombre de réunions du groupe de travail
- Nombre de produits faisant l'objet d'une tarification Fondation

### **Objectif 3 : Initier une démarche d'achat éco-responsable**

Le CRF Bretegnier possède une politique de développement durable présentée dans ce document. La CAHPP, elle-même engagée dans ce processus, nous permet de bénéficier d'achats éco-responsable référencés.

La localisation de notre établissement dans une zone géographique mal desservie ne nous permettra la mise en œuvre de cet objectif que dans la limite des possibilités de fournisseurs régionaux.

Définition d'un plan d'action concernant les principales composantes à prendre en compte : emballage, déchets, bilan carbone production/livraison...

#### **Indicateurs**

- Plan d'action achat éco-responsable défini, périodiquement actualisé et évalué
- Nombre de fournisseurs installés dans un rayon de 100 km autour d'Héricourt
- Évolution du nombre de produits éco-responsable achetés par l'établissement

## Annexes

### Annexe 1 : analyse des coûts de production du soin

#### Annexe 1.1. : Coûts fixes et coûts moyens / jour

Coûts journaliers	2008	2009	2010	2011
LGG	79,75 €	73,97 €	77,39 €	70,24 €
Structure	23,78 €	28,00 €	31,82 €	29,19 €
Coûts fixes	103,53 €	101,97 €	109,21 €	99,43 €
coût moyen/j	275,06 €	274,23 €	273,82 €	268,22 €
% frais fixes	38%	37%	40%	37%

#### Annexe 1.2. : Coût de production des UO

Suivi des UO	Unités	2008 - S2	2009	2010	2011
Radiologie	ICR	22,35 €	23,82 €	28,84 €	4,01 €
Urodynamique	ICR	6,82 €	13,64 €	11,36 €	5,98 €
Kiné/EPS	Minute	0,58 €	0,61 €	0,63 €	0,68 €
Orthophonie	Minute	0,66 €	0,83 €	0,83 €	0,79 €
Dététicienne	Minute	1,40 €	1,20 €	1,27 €	1,05 €
Ergothérapeute	Minute	0,88 €	0,87 €	0,93 €	0,90 €
Psycho Neuropsych	Minute	1,08 €	1,34 €	1,30 €	0,96 €
Assist sociale	Minute	0,99 €	1,17 €	1,26 €	1,33 €
Points SIIPS HC	point SIIPS	4,09 €	3,30 €	3,81 €	3,32 €

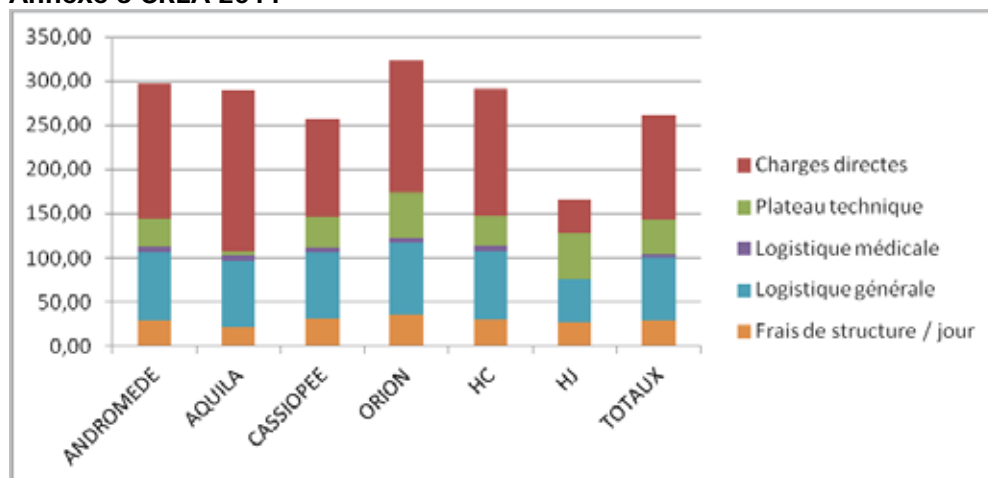
#### Annexe 2 : décomposition des coûts

HC	2010	2011
Médecins	19,75 €	22,94 €
IDE AS	79,42 €	83,70 €
Autre perso	25,55 €	24,24 €
Personnel direct	124,71 €	130,89 €
Médicaments & MO	3,86 €	3,50 €
Laboratoire	2,95 €	2,94 €
Transports	0,82 €	0,80 €
Autres achats	5,90 €	6,63 €
Autres prest ext	1,51 €	1,85 €
Autres ch directes	1,53 €	1,60 €
Total clinique	141,28 €	148,21 €
Total PT/RRF	37,62 €	35,09 €
Logistique médicale	6,20 €	5,89 €
LGG	83,09 €	77,68 €
Structure	33,15 €	29,71 €
Coût complet	301,34 €	296,59 €



HJ	2010	2011
Médecins	22,93 €	22,27 €
IDE AS	4,60 €	5,17 €
Autre perso	4,74 €	4,48 €
Personnel direct	32,27 €	31,92 €
Médicaments & MO	5,77 €	7,50 €
Laboratoire	0,07 €	0,03 €
Transports	0,02 €	0,01 €
Autres achats	0,65 €	0,67 €
Autres prest ext	0,28 €	0,31 €
Autres ch directes	0,11 €	0,07 €
Total clinique	39,17 €	40,52 €
Total PT/RRF	56,61 €	59,65 €
Logistique médicale	1,02 €	1,03 €
LGG	58,50 €	45,58 €
Structure	27,43 €	27,46 €
Coût complet	182,73 €	174,23 €

### Annexe 3 CREA 2011



# Plan pluriannuel d'investissement

## État des lieux

### L'immobilier

*Un bâtiment  
neuf ou  
restructuré et  
bien équipé*

Sur le plan immobilier, le CRF a connu deux étapes récentes :

- La période 1993-2001 caractérisée par d'incessantes opérations d'extension et de restructuration de l'existant
- La période 2005-2008 : construction d'une très importante extension ouverte en deux temps : 2006 et 2008

Le CRF est installé dans un bâtiment unique entièrement modernisé. La contrepartie de cette situation favorable est un endettement élevé : encore plus de 9,5 M€ au début de l'année 2012.

### Tableau des surfaces

SHOB	16 664,50
SHOB RDC	3 973,80
SHOB N1	4 488,90
SHOB N2	4 463,70
SHOB N3	3 738,10
SHON	14 084,80
SHON RDC	2 806,80
SHON N1	4 455,30
SHON N2	4 455,00
SHON N3	2 367,70
SURFACE UTILE	7 753,90
SU RDC	1 838,90
SU N1	3 184,50
SU N2	2 322,80
SU N3	407,70
S. UTILE + CIRC	9 959,90
SU+ RDC	2 388,50
SU+ N1	3 823,30
SU+ N2	3 102,00
SU+ N3	646,10

Ventilation des surfaces utiles	
PT HJ	564,7
PT HC	2 035,4
PT total	2 600,1
HJ	300,0
HC	2 614,0
LGG	1 838,9
Sous-total CRF	7 353,0
UH	400,9
Total	7 753,9

Surface utile / lit & place	
Surface CRF	7 353,0
Lits & places	136,0
Surface/lits	54,1

Malgré cette extension récente, l'établissement se trouve à l'étroit dans ses locaux et l'immobilier constitue un frein à son développement (besoin de bureaux, besoin d'extension du PT au profit de l'ETP, de la réinsertion professionnelle..)

## **Les infrastructures**

Au cours de la dernière décennie les infrastructures (téléphone, appel malade, SSI, ascenseurs, centrales oxygène et vide, radiologie...) ont été modernisées et mises à niveau pour accompagner le développement de l'établissement.

Pour ce qui concerne le matériel, le taux de vétusté de 2/3 attire l'attention sur des besoins de renouvellement qui, dans certains secteurs, pourraient se préciser rapidement (lits par ex.) Compte tenu des moyens disponibles, les enjeux budgétaires ne sont pas extravagants.

La situation des chambres et du niveau de confort offert a été décrite dans le projet hôtelier. Il n'y a pas d'autre projet que le maintien en l'état.

*Des infrastructures modernisées et mises à niveau*

## **Les objectifs**

### **Objectif 1 : Maintien du bon niveau d'équipement**

**Le premier objectif est de maintenir un bon niveau d'équipement = Poursuivre le cycle de renouvellement en ciblant les éléments les plus urgents.**

Certaines infrastructures ont été modernisées au début des années 2000 (chaufferie, SSI, central téléphonique...) de sorte que l'on peut considérer que ces éléments ont dépassé leur demi-vie (cf synopsis diagnostic en annexe).

Pour l'instant le remplacement de ces installations n'est pas à l'ordre du jour. Des opérations de maintenance conséquentes pourraient s'avérer nécessaires. Une attention doit être portée à ces questions pour ne pas devoir faire face à l'urgence, laquelle imposerait à l'établissement un fonctionnement dégradé le temps de réaliser les travaux.

**Objectif : actualisation annuelle du synopsis diagnostic des infrastructures et bâtiments.**

### **Objectif 2 : Gel temporaire des opérations immobilières**

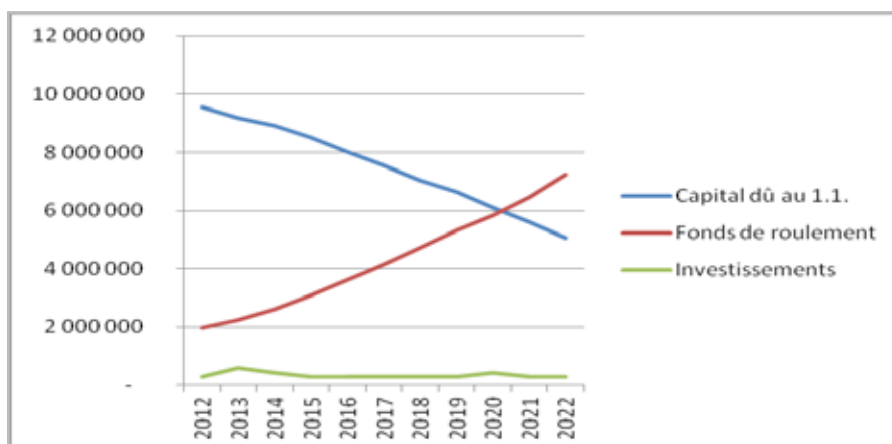
L'établissement dispose d'une modélisation à long terme, qui est régulièrement actualisée. Il s'agit d'un document de référence qui documente le cap général rendu nécessaire par l'importance de la dette.

La priorité définie lors de la sortie de crise (2009-2010) est de **rétablir les fondamentaux du bilan**. En conséquence, pendant la période 2010-2012, la gestion courante a eu pour objectif de dégager une CAF majorée et d'alimenter le FR, donc la trésorerie. Cet objectif a été atteint.

Compte tenu de l'inconnue du nouveau cycle (T2A SSR) et des risques liés

à la conjoncture économique défavorable (dette, ralentissement de l'économie...), une politique de précaution est adoptée : **ne pas engager d'opération majeure**.

Au cours de la période d'incertitude, **la politique financière consiste à alimenter la trésorerie**, laquelle pourra servir de différentes façons : autofinancement d'un projet, remboursement d'emprunts, amortisseur d'un déficit de transition permettant de gérer de façon progressive d'éventuels ajustements.



Lorsque la T2A sera connue et la visibilité budgétaire revenue, la mesure pourra être levée. Les points suivants seront à traiter :

Une opération d'envergure déjà programmée reste *a priori* nécessaire : **la restructuration de la cuisine**. Dans l'optique de ce gel pluriannuel une opération de remise à niveau provisoire a été faite (remplacement de matériels et équipements, sols, peinture...).

Une autre opération viserait à répondre mieux aux besoins en locaux pour les paramédicaux (ETP, COMETE, etc.) et donc **augmenter la surface dédiée au plateau technique**. La lisibilité spatiale des fonctions : réinsertion, réadaptation, rééducation est actuellement faible. Et l'ensemble plutôt étriqué.

Quelques éléments périphériques pourront être ajoutés :

- Création d'un local de stockage des déchets plus spacieux
- Création d'une nouvelle centrale à oxygène

## Plan pluriannuel d'investissement

La modélisation évoquée plus haut repose sur des hypothèses liées au cycle d'investissement.

Le plan d'investissement est construit sur la base des hypothèses suivantes :

- Renouvellement des équipements et matériels : 150.000 €/an
- Maintenance de l'immobilier : 150.000 €/an

Soit une enveloppe annuelle de référence d'un montant de 300.000 €.

Le plan pluriannuel prévoit en outre une majoration pour financer des opérations plus importantes de maintenance des infrastructures et un volant pour des acquisitions immobilières (maisons mitoyennes).

Au total le plan pluriannuel (2012-2017) engage un cycle de 2,5 M€, non compris la réactivation éventuelle du projet de restructuration de la cuisine (ordre de grandeur = 900 K€/ 1 M€). L'ensemble de ces projets seront financés sans emprunts.

Compte tenu de la trésorerie disponible ces prévisions pourraient en cas de besoin être majorées.

### En conclusion

Le gel des investissements majeurs rendu possible par la réalisation récente d'une importante extension immobilière vise à :

- se donner un délai pour rétablir la santé financière de l'établissement
- attendre sereinement les échéances à venir (T2A SSR)
- refuser d'affecter aux charges fixes des moyens qui manqueraient ensuite aux soins.

## Indicateurs

Actualisation et suivi des documents de pilotage :

- modélisation
- synopsis diagnostic des infrastructures et des bâtiments
- plan pluriannuel d'investissement

## Plan pluriannuel d'investissement 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Partie 1 : matériel et équipements						
Équipements généraux						
Équipement & logiciels	40 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €
Services généraux + mobilier	30 000 €	40 000 €	30 000 €	40 000 €	25 000 €	40 000 €
Véhicule	20 000 €		20 000 €		15 000 €	
Services paramédicaux						
Services médic & de soin (+ lits, liko...)	35 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €
Plateau technique (kiné, ergo, FR...)	25 000 €	50 000 €	40 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €
<b>Total matériel</b>	<b>150 000 €</b>	<b>150 000 €</b>	<b>150 000 €</b>	<b>150 000 €</b>	<b>150 000 €</b>	<b>150 000 €</b>
Partie 2 : Immobilier et infrastructure						
Bâtiment	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €
Achat propriétés moyennes (opération flottante)		300 000 €				150.000 €
Infrastructure (opération flottante)			150 000 €			100.000 €
<b>Total</b>	<b>300 000 €</b>	<b>600 000 €</b>	<b>450 000 €</b>	<b>300 000 €</b>	<b>300 000 €</b>	<b>550 000 €</b>

## Impact du cycle d'investissement

Évolution prévisionnelle du Titre 4	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Amortissements	1 101 234	1 003 445	917 235	895 314	858 258	773 330	752 702
Frais financiers	420 902	406 047	288 200	270 674	252 090	234 154	217 996
Charges prévisionnelles du Titre 4	1 522 135	1 409 492	1 205 435	1 165 988	1 110 348	1 007 484	970 699
Budget Titre 4	1 836 572	1 836 572	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000
Écart = Dotation provision pour renouvel. immob.	314 437	427 080	394 565	434 012	489 652	592 516	629 301
Cumul provision pour renouvel. Immob	712 436	1 139 516	1 534 081	1 968 093	2 457 745	3 050 261	3 679 563
CAF	1 415 670	1 430 525	1 311 800	1 329 326	1 347 910	1 365 846	1 382 004

La révision des emprunts opérée en 2012 avec effet en 2014 a un impact très significatif sur les prévisions de charges financières (taux fixe de 2,95 au lieu de 5,3 %) ; soit une baisse de 300 K€/an. Cette bonne fortune accélère le rétablissement déjà opéré par l'objectif de majoration de la CAF. Dans l'attente de la concrétisation de cet effet, le cap est inchangé.

## Synopsis diagnostic des infrastructures et des bâtiments

		Observation	Quoi
<b>Infrastructures</b>			
Électricité - groupes	2006	Nouveau groupe peu utilisé - puissance suffisante pour desservir tout le CRF	Réformer et raccorder sur nouveau groupe - souscrire un contrat de maintenance
Électricité - transfo	ancien	Question des cellules et baignoires d'huile - révision périodique à faire	Auditer et mise aux normes
Électricité - armoires	2010	Les armoires ont été mises en conformité en 2009/2010	OK
Électricité blocs secours	Anciens - 2008 - 2011	Un cycle de remplacement a été engagé en 2011	Poursuite du cycle pluriannuel de remplacement
Balnéo	1997	Maintenance en 2011 du circuit d'eau / PAC à remplacer	Remplacer PAC en 2012
Balnéo	1997	Dégradation du béton en façade par suite d'infiltrations / gel	Isolation façade/ remplacement couvertines
SSI - CMSI	2003	Cycle de maintenance lourde engagé en 2011 : afficheurs, cartes, DI en zone hébergement	Poursuivre remplacement des DI en zone d'hébergement
SSI désenfumage	Divers	Vérification annuelle et traitement des désordres constatés	OK : réparation/remplacement des moteurs au fur et à mesure si nécessaire
SSI clapets	2008	70 clapets motorisés avec voyant de position	OK : remplacement au fur et à mesure si nécessaire
Autocom	2004	Demi-vie de l'installation dépassée - DECT/ téléphone	À auditer pour programmer date remplacement
Serveur de notification d'alarmes	2012	TAMAT : transmet appels patients, fugue, ssi, alarmes techniques sur téléphones DECT	OK
Appel-malade	2005	Installation autonome qui communique par serveur de notification	Renouvellement du serveur à programmer ?
Antifugue	2011	Nouveau système installé en 2011	OK
Serveurs informatiques	2012	Opération exceptionnelle de remplacement de l'ensemble des serveurs du CRF et modernisation sauvegarde	OK pour ceux du CRF
Infrastructure partagée à auditer			
Chaufferie basse	2003	Installation autonome pour le bâtiment ancien	OK
Chaufferie haute	2006	Installation autonome pour le bâtiment neuf	OK
Régulation thermique	-	A auditer par BE	
Ventilation ancienne	1993-2000	Vérification des moteurs et nettoyage des gaines	Réalisé dans le passé à renouveler

Ventilation neuve	2006-2008	Vérification des moteurs et nettoyage des gaines	Réalisé à la fin des travaux à renouveler
Ventilation balnéo	1997	Vérification des moteurs et nettoyage des gaines	Réalisé dans le passé à renouveler
Ascenseurs	2001-2010	Extension parc et remplacement des ascenseurs anciens en 2006-2010	OK
Climatisation	2006-2010	Installation récente, mais relativement morcelée : 4 centrales)	Projet d'extension gelé pour cause de dév. durable
Centrale vide médical	2006	Nouvelle installation	OK
Centrale oxygène	2008	Extension + mise aux normes	OK
Baignoires Arjo	1993-2002	Problème imminent de maintenance : parc vieillissant	Cycle de remplacement à prévoir
<b>Bâtiments</b>			
Toiture tuile	2009	Remplacement des tuiles	OK
Toiture plate	2005-2008	Remise à neuf complète sauf balnéo	OK
Isolation toiture	2005-2010	Remise à neuf complète sauf balnéo	OK
Faux-plafond	1993	Reste quelques zones avec plafond à lames (Aquila)	Prévoir remplacement ?
Façades	1993-2008	Cycle de ravalement engagé en 2011	Façades bâtiment historique à terminer
Accessibilité Handicapé	2008	Diagnostic fait	Travaux à faire
Contrôles techniques	2011	Ensemble des contrôles obligatoires (ERP/code du travail) réalisés	Quelques anomalies ponctuelles à corriger
Commission de sécurité	2011	Visite triennale	pas d'observation critique



## Schéma directeur foncier



### **Acquisitions**

- Zones 1 et 2 : extensions foncières prioritaires (propriétés mitoyennes)

### **Constructions éventuelles**

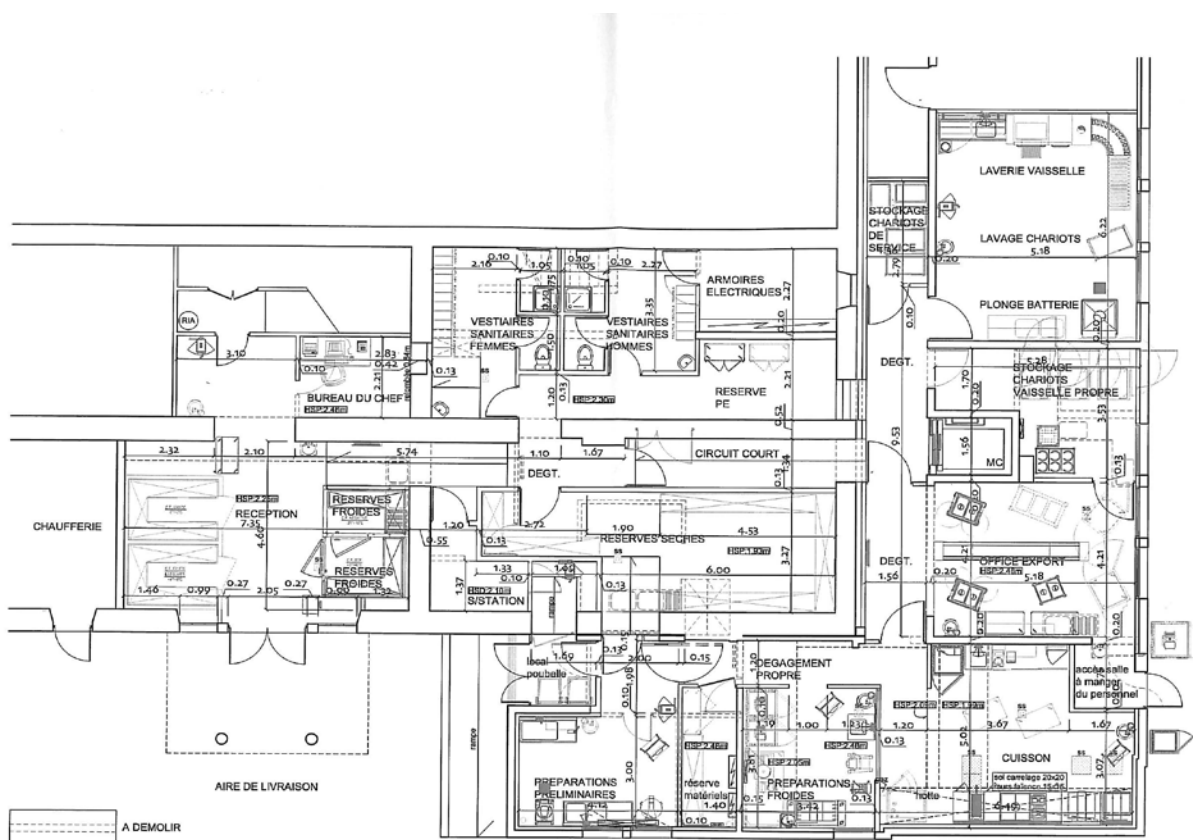
- Zone 4 : après extension des parcelles voisines et en particulier de la villa Descourtis, démolition des préfabriqués Algeco et des constructions annexes et implantation d'une extension reliée au niveau 2 du CRF.
- Zone 3 : implantation d'un bâtiment autonome tel que gymnase, relocalisation de l'unité ambulatoire ou autres services de la Fondation Arc-en-Ciel sans lien fonctionnel direct avec le CRF
- Zone 1 : implantation de locaux extérieurs de stockage des déchets (OM, DASRI)

## Projet : restructuration de la cuisine

### Motivation et principe

Les services vétérinaires ont souligné que les locaux aménagés en 1993 n'étaient pas totalement conformes. Le projet a été inscrit une première fois au PPI 2007-2012. Pour des raisons financières, le projet a été suspendu. Une rénovation sommaire a été réalisée et quelques équipements qui ne pouvaient pas attendre le retour à meilleure fortune ont été remplacés. Ceci a permis de différer le projet dans des conditions acceptables.

### Description technique



L'architecte avait débuté les études en 2007 jusqu'à l'APD. Le total de la surface restructurée est de 359 m<sup>2</sup>. Le chiffrage inscrit au projet d'établissement 2007-2012 était de l'ordre de 750.000 €. L'ensemble du projet nécessite d'être repris et actualisé : suppression de la cage d'ascenseur restante, connexion avec le restaurant du personnel, création d'une zone livraison/poubelles...

## Projet : construction d'un bâtiment pour l'unité ambulatoire de cardio-pneumologie

### **Motivation et principe**

L'unité ambulatoire est implantée dans les locaux du CRF depuis 2008 sur le même niveau que le plateau technique de rééducation et réadaptation du CRF, à proximité de l'hôpital de jour de réadaptation fonctionnelle. Les deux activités sont à l'étroit dans leurs locaux. Pour le CRF : manque de bureaux pour les paramédicaux, manque de locaux pour développer l'ETP et implanter le dispositif COMETE. Pour l'UA, même constat.

Le projet consiste à reloger l'unité ambulatoire de cardio-pneumologie dans un nouveau bâtiment (autonome) implanté sur une zone disponible propriété du CRF avec accès sur le parking (zone n°3). Les locaux libérés étant repris par le CRF pour l'extension de son plateau technique.



### **Description technique du projet**

Construction d'un bâtiment de plain-pied d'une surface utile de 681 m<sup>2</sup> (chiffrage établi par le CRCP sur la base d'une actualisation des surfaces existantes), augmenté de locaux techniques d'environ 50 m<sup>2</sup> soit une surface SDO de 950 m<sup>2</sup>.

Selon cette même étude, la réalisation du projet devrait s'étendre sur deux ans et demi, en incluant la phase d'étude. Il s'avère en effet que cette implantation se trouve à proximité d'un site classé et se trouve soumis à l'intervention de l'ABF et de l'INRAP.

### **Aspects financiers**

Sur la base d'une variante, un chiffrage a été établi par un maître d'œuvre fin 2011 pour construction rendue octobre 2014. L'ajustement au projet défini ci-dessus permet d'estimer le projet à 2,8 M€ en construction traditionnelle.

Actuellement le CRF refacture au CRCP le loyer et les charges locatives afférents aux locaux occupés. La recette atténuative est de l'ordre de

120.000 €. Le départ du locataire implique la perte de cette recette. C'est le surcoût prévisible pour le CRF : pas de majoration de charges, mais baisse des recettes. Cependant il n'est pas certain que le CRCP ait la capacité de financer le projet. Dans ce cas, la construction serait à la charge du CRF, ce qui augmenterait d'autant les frais de structures ; le CRCP devrait supporter les charges locatives directement (bâtiment autonome), ainsi qu'une révision à la hausse de son loyer.

Variante : Construction légère avec probablement une économie d'investissement

### Programme provisoire = liste des locaux

Fiches		Nbre	SU	ST	Total	Commentaires
A10	Salle info	1	31,0	31,0		
A29 et A29 A	Vestiaires patients	1	24,0	24,0		Environ 25 patients cumulés
A30 et A30 A	Vestiaires patients	1	20,0	20,0		
B1 A	Toilettes personnels	1	6,0	6,0		Salle rectangulaire sans décrochement
B2 et B3	Salle de réentraînement musculaire	1	47,0	47,0		Salle rectangulaire sans décrochement
B4	bureau infirmière	1	15,0	15,0		
B5	Bureau diététicienne	1	9,0	9,0		
B6	Bureau psychologue	1	11,0	11,0		
B7	Local archives + réserves	1	15,0	15,0		
B8	Office	1	8,5	8,5		
B9	Sanitaires patients femmes	1	4,5	4,5		Accessible handicapés
B10	Sanitaires patients femmes	1	4,5	4,5		Accessible handicapés
B11	Salle staff rééducation	1	30,0	30,0		
B12	Box kiné	1	9,8	9,8		
B13	Bureau secrétariat	1	16,0	16,0		
B14A	Salle d'épreuve d'effort + box urgence	1	33,0	33,0		
B14B	Salle cyclo	1	93,0	93,0		
B15	Gymnase	1	94,0	94,0		Jeux de ballons ; hauteur sous plafond
B16 et B16A	Bureau médecin	1	20,0	20,0		
B17	Salle de réunion	1	30,0	30,0		
Z11	Salle d'attente	1	55,0	55,0		
	Bureau 2ème médecin	1	11,0	11,0		
	Bureau supplémentaire (stagiaire...)	1	20,0	20,0		
	Salle échocardiographie	1	9,0	9,0		Salle implantée près du box urgence
	Salle de gymnastique douce + relaxation	1	30,0	30,0		
	Locale stockage matériel nettoyage	1	5,0	5,0		Local implanté près du breau infirmière
	Vestiaires personnels femmes	1	15,0	15,0		8 femmes
	Vestiaires personnels hommes	1	15,0	15,0		2 hommes
	<b>Sous-total</b>				<b>681</b>	

Autres locaux : Local poubelle : 12 m<sup>2</sup> ; Chaufferie : 20 m<sup>2</sup> ; Local technique : 15 m<sup>2</sup> ; Total arrondi à 50 m<sup>2</sup>

# Les fonctions support

## Projet hôtelier

Situation actuelle  
Projets

## Projet informatique

Politique informatique de la Fondation Arc en Ciel  
Politique informatique du CRF  
Projets CRF



## Projet hôtelier

Au CRF Bretegnier, la qualité hôtelière proposée à nos patients et à leur famille est depuis longtemps une préoccupation importante. En effet, l'activité de rééducation peut conduire à des durées de séjour longues. Ainsi la qualité du confort et de l'accueil du patient nous paraissent être des éléments primordiaux dans sa prise en charge. Dès son arrivée, le patient se voit remettre un livret d'accueil lui permettant de connaître le fonctionnement de l'établissement. Il dispose également d'un volet détachable destiné à prendre rendez-vous avec un responsable de l'établissement (directeur, responsable hôtelier, médecin référent douleur).

### Situation actuelle

Notre politique hôtelière actuelle s'articule autour de quatre grands thèmes : la restauration, les locaux, la blanchisserie et l'animation.

#### **Restauration**

La qualité et la diversité des repas sont appréciées par les personnes accueillies comme le prouvent les enquêtes de satisfaction.

Le circuit des aliments de la réception jusqu'à la consommation nécessite le respect de règles strictes permettant d'assurer la sécurité et la qualité des repas. Depuis 1999, la méthode HACCP (hazard analysis critical control point) est mise en place dans l'établissement. Elle concerne le personnel de cuisine mais également toutes les personnes qui distribuent les repas. Régulièrement, l'établissement organise des formations sur les bonnes pratiques afin que le personnel se sente concerné et comprenne la nécessité du respect de cette méthode.

La distribution des repas se fait sous la forme de liaison chaude :

- Sous forme de self-service pour les patients en hôpital de jour et pour le personnel
- Sur plateaux servis en chambre ou à la salle à manger de chaque service

Il existe une possibilité pour les accompagnants de prendre leur repas dans l'établissement avec leur proche hospitalisé.

L'élaboration des menus est réalisée conjointement entre la diététicienne et le chef cuisinier toutes les sept semaines. De plus, le service cuisine est organisé de manière à pouvoir répondre à des demandes particulières dues à : des non-goûts, des régimes alimentaires sur prescriptions médicales et troubles de déglutition... des demandes et des besoins particuliers (quantité, menu végétarien...) des convictions religieuses... etc.

En complément des questionnaires de satisfaction qui n'arrivent qu'à la sortie du patient, l'établissement a mis en place pour évaluer la prestation de la restauration et la satisfaction des personnes des enquêtes « flashes » : enquêtes ponctuelles et inattendues sur la prestation du repas que les personnes viennent de consommer.

*Des repas en  
liaison chaude*

## Les locaux

**L'étude d'accessibilité** a été réalisée en 2008 et un plan d'action a été réalisé en 2009-2012 : sonorisation des ascenseurs, signalisation tactile des escaliers, amélioration de la luminosité de certains couloirs et remplacement d'interrupteurs de lumière.

L'établissement dispose de 106 lits répartis en 26 chambres à deux lits, dotées de paravent pour respecter l'intimité des patients durant les soins et 54 chambres individuelles. Elles sont toutes équipées de salle de bains, toilettes, fluides médicaux, appels-malades et lits électriques à hauteur variable. Certaines n'ont pas de douche mais l'amélioration de ces chambres est difficile à mettre en œuvre. En fonction du handicap de la personne accueillie, l'établissement met à disposition le matériel nécessaire à sa prise en soin et à sa rééducation. Pour satisfaire à ce dernier point certaines chambres sont munies d'ouverture électrique de porte pour favoriser l'indépendance du patient dans ses déplacements, de lève malade par rails (Liko). Quelques chambres sont climatisées (service des états-végétatifs, quelques chambres de neurologie).

La télévision est mise gratuitement à la disposition des patients, ainsi que le WiFi accessible à tous après demande à l'accueil.

### Taux d'équipement des chambres

	Tél	Tv	Info	WiFi	WiFi	Lavabo	Douche	WC	Oxygène	Vide	Liko
			Prise	Médical	Patient						
Nb	80	80	27	80	80	80	56	80	80	80	26
%	100%	100%	34%	100%	100%	100%	70%	100%	100%	100%	33%

### L'hygiène des locaux

Le nettoyage de l'établissement est assuré 7 jours/7 par quatre équipes d'agents de service :

- Trois équipes, sous la compétence du responsable hôtelier :
  - deux sont chargées du nettoyage quotidien des chambres et des communs des services (niveau 2)
  - Une assure le nettoyage des services généraux (accueil, bureaux) et du plateau technique (salles de kinésithérapie, hôpital de jour etc.)
- La dernière dépend de l'infirmière responsable du service. Elle est chargée du nettoyage quotidien des chambres du service Aquila (unité d'accueil des états végétatifs)

Les différents salariés composant ces équipes sont formés et appliquent les protocoles validés par le CLIN de l'établissement et audités par l'infirmière hygiéniste.

### ***La blanchisserie***

Ce service est la seule fonction support qui est sous-traitée actuellement, à l'exception des textiles de nettoyage et du linge des patients.

Le prestataire est un atelier qui fait partie de la Fondation Arc-en-Ciel au même titre que le CRF. Le CRF a fait le choix de conserver le métier de lingère. Elle est chargée de :

- Assurer le traitement du linge des patients socialement isolés, activité marginale et des textiles de nettoyage
- Réceptionner le linge propre livré par le sous-traitant
- Distribuer le linge reçu dans les services

Le circuit du linge, y compris avec le sous-traitant, respecte le principe de la marche en avant, sans croisement du propre et du sale, et a été validé par le CLIN.

### ***Vie sociale et animation***

Afin de maintenir une vie sociale pour les patients, le service animation propose diverses activités :

- Ludiques, culturelles ou manuelles (bibliothèque, vidéothèque, lotos...)
- Des sorties rendues possibles grâce à un parc de véhicules dont un de sept places adapté au transport de personnes à mobilité réduite
- Un goûter hebdomadaire d'accueil des nouveaux patients et d'information sur l'animation
- Un accompagnement individualisé pour les achats personnels ou les démarches de la vie quotidienne

Ce service est composé d'une animatrice salariée qui coordonne l'intervention d'un groupe de bénévoles dans l'établissement. Leur rôle est principalement de créer et de maintenir des liens. Pour les aider, l'établissement a prévu dans chaque service un endroit où les patients peuvent se retrouver.

L'aumônier de l'établissement aidé par les visiteurs bénévoles d'aumônerie assure des visites régulières et organise des célébrations œcuméniques lors des grandes fêtes. Son rôle est encore de permettre à chaque patient de recevoir sur demande la visite de ministres de culte, quelle que soit la religion pratiquée.

Tous les bénévoles, aumônerie, animation et bibliothèque, font partie de l'association des amis du CRF Bretegnier. Cette dernière participe aussi financièrement à certains projets au profit des patients (achat de matériel principalement).

Il est également possible au patient de prendre rendez-vous auprès d'un coiffeur présent un jour par semaine dans l'établissement ou auprès d'un podologue qui se déplace sur demande.

*Des bénévoles appuient l'animation et l'aumônerie*



Une salariée de l'établissement a suivi une formation et propose gracieusement une fois par semaine des soins esthétiques. La journée est décomposée en deux : deux heures réservés aux patients en état végétatif et les quatre heures restantes sur rendez-vous pour les patients des autres services.

À la lecture des retours de questionnaires de sortie, notre politique hôtelière, menée dans un cadre rigoureux de lutte contre le risque infectieux, donne majoritairement satisfaction aux personnes accueillies dans notre établissement.

## Projets

### ***Projet 1 : Mettre en place une contractualisation entre la direction et les services supports***

Actuellement l'établissement a fait le choix de ne pas sous-traiter ses fonctions hôtelières, hormis la blanchisserie, et pense que cette autonomie lui permet d'obtenir une meilleure qualité de prestation. L'objectif de ces cinq années est de garder ce fonctionnement. Mais il est conditionné par le fait de maintenir un niveau de qualité de prestations au moins équivalent à l'actuel.

Pour parvenir à cet objectif, la direction et les différents services logistiques vont, durant ces cinq années, mettre en place des contrats d'objectifs et de moyens, qui permettront de définir les engagements réciproques des deux parties. Ce processus a déjà été engagé par la signature, début 2012, avec la cuisine. Ceci a permis un renfort de l'équipe de cuisine et l'évolution d'un salarié dans le cadre de la GPEC à la condition que le niveau de qualité des repas perdure.

#### **Indicateurs**

- Nombre de contractualisations réalisées
- Nombre de contractualisations évaluées

### ***Projet 2 : Intégrer le travail des ASH dans l'organisation générale des services de soins***

Le centre souhaite consolider le pôle logistique sous l'autorité du responsable hôtelier. Ensuite l'objectif sera de coordonner le travail entre le personnel soignant et le personnel de ménage en le formalisant pour les quatre services de l'établissement. Pour atteindre cet objectif, il faudra :

- Faire correspondre le nombre d'équipes de ménage au nombre de services dans l'établissement, à savoir quatre

*Maintenir un niveau de qualité de prestations*

- Mettre en place des groupes de travail chargés d'élaborer les protocoles
- Modifier les plannings des ASH afin d'avoir une plage de présence journalière plus importante

#### **Indicateurs**

- Nombre d'équipes de ménage/ Nombre de services de soins
- Plage de présence des ASH dans les services de soins
- Nombre d'audits réalisés sur le respect des protocoles de ménage dans les services de soins

### ***Projet 3 : Assurer la traçabilité du bionettoyage***

La qualité de notre centre s'apprécie aussi dans sa capacité à contenir le risque infectieux. Entre 2012 et 2017, nous mettrons en place une traçabilité permettant de visualiser les importants travaux de ménage effectués dans l'établissement. Il faudra également mettre en place une planification de ces travaux.

#### **Indicateurs**

- Pourcentage des travaux ménagers effectués/ aux travaux planifiés
- Nombre d'audits sur les travaux importants de ménage

## Projet informatique

Avec l'informatisation de la gestion puis du dossier patient, le CRF est devenu totalement dépendant du bon fonctionnement du SI.

Le CRF en sa qualité d'établissement de la Fondation Arc-en-Ciel, met en œuvre les choix de cet organisme formalisés dans la « Politique Fondation » et complète ces orientations par la définition d'une « Politique CRF ». Il poursuit cette démarche en cohérence avec les priorités nationales et régionales.

## Politique Fondation Arc-en-Ciel

### *Principe*

La Fondation Arc-en-Ciel définit une politique informatique globale pour l'ensemble de ses activités. La définition de cette politique est pilotée par la direction générale en concertation avec les directeurs d'établissements. Elle est approuvée par le directeur général et s'applique à l'ensemble des établissements.

Dans le respect de la politique générale de la Fondation Arc-en-ciel, chaque établissement définit une politique d'établissement, une organisation et des projets spécifiques.

La politique doit permettre de définir et mettre en place les moyens humains et matériels permettant de répondre aux besoins de l'ensemble des utilisateurs. Elle doit définir pour cela :

- les infrastructures nécessaires et leur évolution en fonction des besoins
- les modalités de choix des logiciels et notamment la recherche de leur harmonisation au niveau Fondation
- les dispositions prises en matière de sécurisation du SI
- les dispositions prises pour garantir la reprise d'activité
- les dispositions prises pour garantir la continuité de l'activité
- les modalités de réponse et de service aux utilisateurs
- l'inscription de la Fondation dans les priorités nationales et régionales au niveau des systèmes d'information
- les modalités de reporting aux établissements

Cette politique a pour objectifs fondamentaux :

- La mise en œuvre les choix du siège d'une centralisation totale ou partielle des annuaires, logiciels et des bases de données : gestion, dossier usagers

*L'informatique  
au service de  
la Fondation  
et de ses  
établissements*

- La satisfaction des besoins utilisateurs des établissements
- L'optimisation des ressources matérielles, humaines et financières
- L'optimisation de la sécurité
- Le respect des contraintes réglementaires
- Le respect de la politique et des priorités régionales (ARS)

En cohérence avec les pré-requis du programme hôpital numérique, et la politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012-2016, des objectifs spécifiques ont été identifiés :

- Surveiller, améliorer la performance et sécuriser l'infrastructure : mise à niveau progressive des serveurs centralisés et locaux, mise en place d'une « exploitation journalière »=gestion des risques *a priori* (préventif), mise en place de taux cibles de disponibilité des applicatifs
- Assurer la sécurité d'accès aux données : formalisation des règles d'accès, charte diffusée, définition d'une politique de sécurité des données
- Assurer la continuité : astreinte, définition d'une politique de sauvegarde et stockage adaptée aux données et aux spécificités des établissements
- Assurer la reprise : plan des infrastructures, plan de reprise sur infrastructure partagée, accompagnement dans la mise en place des plans de reprises locaux

### **Organisation**

La Fondation Arc-en-Ciel a mis en place un service informatique partagé depuis le milieu des années 2000. Depuis juillet 2012, ce service est rattaché au CRF Bretegnier et sous l'autorité du directeur de l'organisation. Les personnels techniques sont salariés de l'établissement, les locaux du service et les salles serveurs sont situés dans l'enceinte géographique de l'établissement.

Le CRF Bretegnier assure le reporting et la répartition des charges fixes du service entre les différents établissements clients, à partir d'une clé de répartition.

*Ce service informatique partagé est rattaché au CRF Bretegnier*

Les établissements participent au financement des projets et demandes particulières (charges variables) en fonction de leur degré d'implication.

Un budget annuel prévisionnel est élaboré par le CRF, proposé aux établissements et validé par la direction générale.

Le service partagé a pour client l'ensemble des établissements Fondation Arc en Ciel y compris la direction générale, et également par convention l'association « Servir » hors Fondation (depuis 2010).

Les missions du service partagé sont :

- Gestion des infrastructures
- Sécurité des données

- Accompagnement des utilisateurs et gestion de projet
- Missions de conseil et d'expertise technique
- Veiller à la permanence du service (hotline et astreinte)

Le service partagé a pour interlocuteur privilégié un réseau de correspondants locaux, identifié dans chaque établissement, dont les missions sont définies et formalisées.

Un groupe de travail Fondation spécifiquement dédié à l'informatique, constitué de représentants du service informatique et de l'ensemble des correspondants locaux, a été mis en place en 2012. Ce comité de coordination informatique a un rôle consultatif, il dispose d'un règlement intérieur validé par le directeur général.

## Politique informatique CRF Bretegnier

### *Principes fondamentaux*

Le CRF Bretegnier définit une politique informatique, qui prolonge au plan local la politique globale de la Fondation Arc-en-Ciel.

La définition de cette politique est de la responsabilité de la direction. Elle fait l'objet d'une concertation avec les utilisateurs et pilotes des processus concernés.

Le CRF a engagé depuis plus de dix ans une démarche de déploiement des systèmes d'information sur l'ensemble des processus. Celle-ci a toujours eu comme fil conducteur l'adéquation des ressources SI : parc matériel et logiciel adapté aux besoins, intégration du SI à tout nouveau projet (évolution progiciel, nouvelle activité...)

La sécurité des données fait l'objet d'une attention soutenue.

La gestion des accès au système d'information est définie en fonction des besoins et impératifs de sécurité.

- L'accès à l'intranet et à la messagerie est géré de façon mixte : sectoriel et nominative. Les droits en lecture et écriture sont gérés par l'administrateur local en accord avec la direction, sous forme de groupe de sécurité.
- L'accès au dossier patient informatisé est systématiquement géré nominativement, quelle que soit le statut du professionnel (stagiaire, CDD, remplaçant).

Les données font l'objet de procédures de sauvegarde intégrant la notion d'efficience : adaptation du mode et du support de sauvegarde aux données concernées.

Accessibilité des données : le système d'information vise à faciliter l'accès à l'information en temps utile pour l'ensemble des professionnels de l'établis-

*La sécurité  
des données  
fait l'objet  
d'une attention  
soutenue*

*Un DPI « zéro papier »*

sement. Ceci repose sur une maîtrise de l'infrastructure informatique locale, mais également de l'utilisation du SI par les professionnels eux-mêmes.

Le CRF Bretegnier a également développé depuis le précédent projet d'établissement une politique du zéro papier.

Cette démarche en constant développement repose sur deux principes fondamentaux :

- une bonne compréhension des enjeux par les utilisateurs pour l'application de ce principe à tous les niveaux
- une maîtrise et accessibilité des données formelles et connues des professionnels : un des freins identifié de la démarche « zéro papier » étant la garantie de pérennité des données numériques

## Projets CRF

### ***Axe 1 : Organiser la montée de version du Dossier Patient Informatisé***

Le dossier Sanocom actuellement utilisé est de conception ancienne, il est mis à jour par le prestataire en fonction de l'évolution du contexte (législation, PMSI...)

Une version entièrement revue dans sa configuration va être mise à disposition des utilisateurs au cours de l'année 2013.

Le CRF Bretegnier engagera alors ce projet de migration intégrant les étapes de :

- paramétrage
- mise en adéquation du matériel
- tests de fonctionnalité
- formation des personnels
- déploiement et mise en œuvre

### ***Axe 2 : Mise en place du DMP (dossier médical personnel)***

Cet axe est une priorité nationale, relayée sur le plan régional par une forte incitation de l'ARS.

Pour les professionnels du CRF, et particulièrement le corps médical, il s'agit de bénéficier d'informations d'amont et de transmettre en aval par l'intermédiaire de cet outil.

La société prestataire (2CSI) du DPI a obtenu son homologation « DMP compatible » en 2012.

*Une nouvelle version du DPI & « DMP compatible »*

Le déploiement comporte deux phases :

- déploiement des procédures de consultation, création, alimentation du DMP : depuis internet, connexion sécurisée par carte CPS
- mise en place de l'interopérabilité avec Sanocom : acquisition, paramétrage et mise en production du module spécifique.

### **Axe 3 : Sécuriser l'infrastructure**

Cet axe de travail s'inscrit dans la cohérence du programme Hôpital numérique 2012-2016, priorité nationale reposant sur 12 pré-requis et une batterie d'indicateurs.

Ces exigences seront intégrées à la restructuration de l'infrastructure du CRF, engagée en 2012.

Ces pré-requis et indicateurs vont de plus intégrer la certification des établissements de santé dès la V2014.

Les pré-requis et indicateurs sont répartis sur trois domaines stratégiques :

- Identité, mouvements
- Fiabilité disponibilité
- Confidentialité

#### **Objectifs**

- Mise en place d'un plan de reprise formalisé et testé : concerne la prévention de perte de données.
- Mise en place d'un plan de continuité formalisé et testé : concerne le redémarrage de l'activité après sinistre sur système d'information. Cet objectif intègre le projet « crypte », d'infrastructure dédoublée dans un autre lieu géographique au sein de l'établissement.
- Mise en place d'indicateurs en cohérence avec exigences PHN 2012-2016.

*Vers un SIH  
conforme aux  
spécifications  
« Hôpital  
numérique »*

## Lexique des acronymes

<b>AGEFIPH</b>	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées	<b>EPP</b>	Évaluation des pratiques professionnelles – démarche de réflexion critique imposée par la certification
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé : autorité délivrant les autorisations d'activité et fixant les tarifs ; contrôle les établissements sur la conformité par rapport aux obligations réglementaires	<b>ETP</b>	Éducation thérapeutique du patient
<b>AT</b>	Accident du travail	<b>GDR</b>	Gestion des risques
<b>BUD</b>	Bilan urodynamique (examen urologique requérant un équipement spécialisé)	<b>GPEC</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et compétences
<b>CA</b>	Conseil d'administration ; le Conseil de Fondation est responsable de l'ensemble des établissements ; il doit approuver les décisions qui engagent leur avenir	<b>ICALIN</b>	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement – elle réunit les médecins et pharmaciens d'un établissement de santé ; elle doit approuver les décisions concernant les questions médicales	<b>IPAQSS</b>	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
<b>CE</b>	Comité d'établissement constitué d'élus du personnel selon les dispositions du code du travail ; gère les œuvres sociales et doit être consulté sur les orientations	<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée (hébergement de personnes handicapées ne pouvant vivre seules)
<b>CRUQPC</b>	Commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ; instance qui associe les usagers au suivi de la qualité	<b>MDPH</b>	Maison départementale de la personne handicapée ; guichet unique pour l'ensemble des prestations de service offertes aux personnes handicapées
<b>DIM</b>	Département d'information médicale ; les médecins DIM sont chargés de recueillir, contrôler et transmettre toutes les informations médicalisées structurées et codées depuis les établissements d'hospitalisation vers les organismes payeurs et contrôleurs	<b>MPR</b>	Médecine physique et réadaptation ; discipline des médecins spécialistes du CRF que l'on appelle également « médecin rééducateur »
<b>DPI</b>	Dossier papier informatisé	<b>P3I</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire individualisé = à partir d'un bilan des capacités et incapacités, le P3I est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire avec le patient en fonction de son projet de vie
<b>DJIN</b>	Distribution journalière individuelle et nominative des médicaments	<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>SEP</b>	Sclérose en plaques
<b>EI(G)</b>	Événement indésirable (grave)	<b>SLA</b>	Sclérose latérale amyotrophique
		<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire ; outil de planification des hôpitaux au sein de la région ; décision de l'ARS
		<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
		<b>T2A</b>	Tarification à l'activité ; nouveau système de financement du budget du CRF dont la mise en place est imminente mais les paramètres encore mal connus
		<b>TMS</b>	Troubles musculo-squelettiques