

**Annexe 1 :**

**Mandat d'organisation par étapes visant un hôpital de  
réadaptation unique, rapport de l'équipe de projet de juin 2014**

# Mandat d'organisation par étapes visant un hôpital de réadaptation unique

**Rapport de l'équipe de projet**  
Juin 2014



## Table des matières

0.	Glossaire.....	4
1.	Introduction.....	5
1.1.	Cadre légal.....	5
1.2.	Objectifs.....	5
2.	Contexte actuel des sites de réadaptation.....	5
2.1.	Présentation de l'hôpital de réadaptation et service de gériatrie.....	5
2.2.	Sites de réadaptation.....	5
2.2.1.	Val-de-Ruz/Fontaines.....	6
2.2.2.	Le Locle.....	6
2.2.3.	La Béroche/Saint-Aubin.....	6
2.2.4.	Val-de-Travers/Couvet.....	6
2.2.5.	La Chrysalide/La Chaux-de-Fonds.....	6
2.3.	Quelques chiffres.....	6
2.4.	Points forts et faiblesses de l'organisation actuelle.....	7
3.	Changement du financement de la réadaptation.....	8
3.1.	ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation.....	8
3.1.1.	Aperçu du plan de mesure Réadaptation.....	8
3.1.2.	Plan de mesure à l'HNE.....	9
3.2.	Nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation.....	9
4.	Hôpital de réadaptation.....	10
4.1.	Définition.....	10
4.2.	Critères d'admission.....	11
4.3.	Critères d'exclusion.....	11
4.4.	Filières de soins.....	12
4.4.0.	Définition de la filière de soins.....	12
4.4.1.	Filière neurologique.....	12
4.4.2.	Filière musculo-squelettique.....	13
4.4.3.	Filière gériatrique.....	13
4.4.4.	Filière pneumologique.....	14
4.4.5.	Filière cardiovasculaire.....	14
4.4.6.	Filière réadaptation en médecine interne - oncologie.....	15
4.4.7.	Prestations transversales.....	15
4.4.8.	Remarque.....	15
4.4.9.	Autres prestations.....	16
4.5.	Ressources.....	16
4.5.1.	Estimation du nombre de lits par filière.....	16
4.5.2.	Ressources humaines.....	17
4.5.3.	Équipements.....	18
4.5.4.	Infrastructure et locaux.....	18

5.	Scénarii de regroupement possibles et organisation de la transition vers un site unique.....	19
6.	Risques et opportunités inhérents au projet.....	20
7.	Conclusion.....	20
8.	Annexes.....	21
8.1.	Annexe 1 : Méthode de calcul pour l'évaluation des dotations en physiothérapie et ergothérapie.....	22
8.2.	Annexe 2 : Dotation selon standard.....	23
8.3.	Annexe 3 : Dotation selon évaluation des dotations en physiothérapie et ergothérapie.....	24

### Membres de l'équipe de projet

- Sandra Jeanneret, directrice des soins
- Olivier Linder, directeur des finances
- Yolanda Espolio, médecin-chef dpt GRSP
- Françoise Beyner, médecin-chef du CTR du Val-de-Ruz
- Karim Mekdade, infirmier-chef du dpt GRSP
- Marie-Laure Jacquot, infirmière-chef dpt médecine

Procès-verbal : Salomé Messerli

## 0. Glossaire

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
CTR	Centre de traitement et de réadaptation (terme en voie de disparition, remplacé par hôpital de réadaptation)
CIRS	Cumulative illness rating scale (outil offrant une évaluation complète des pathologies par système d'organes pour les patients gériatrique)
DefReha	« Réadaptation : domaines spécifiques & définitions », critères d'inclusion et d'exclusion pour les différentes formes de réadaptation
EBI	Indice de Barthel étendu
FIM	Functional independence measure (MIF en français, pour mesure de l'indépendance fonctionnelle)
GRSP	Gériatrie, réadaptation et soins palliatifs
HAQ	Health assessment questionnaires (auto-questionnaire de santé mesurant les aptitudes quotidiennes du patient, indice reflétant la capacité fonctionnelle du patient selon sa propre évaluation)
HNE	Hôpital neuchâtelois
ITAR-K	Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation
MIF	Mesure de l'indépendance fonctionnelle (FIM en anglais, pour Functional independence measure)
MPR	Médecine physique et réadaptation
MTH Reha CTM	Projet tarifaire de H+ pour la réadaptation stationnaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
SIC	Système d'information clinique (dossier patient informatisé)
ST Reha	Projet tarifaire reprenant MTH Reha CTM sous l'égide de SwissDRG
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
SwissDRG	Instance responsable pour l'introduction, le développement, ainsi que pour l'adaptation et le maintien du système de rémunération SwissDRG des séjours hospitaliers en fonction du diagnostic.

## 1. Introduction

### 1.1. Cadre légal

Le Grand Conseil, dans son décret du 12 avril 2013, accorde au Conseil d'Etat un crédit d'engagement pour procéder à « la première étape des études sur la création d'un site hospitalier unique de soins aigus, respectivement de réadaptation ». La première étape des études fait référence au rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 24 octobre 2012 qui précise qu'il s'agit de définir l'hôpital de demain, en termes de besoins d'équipement, de confort, de prestations soignantes d'une part, et en termes de surface d'autre part.

### 1.2. Objectifs

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre des réflexions autour de la réorganisation de l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et prévoit de déterminer ce qu'est un hôpital de réadaptation et quelles sont les filières des soins possibles, compte tenu de la problématique du financement de la réadaptation en Suisse, en particulier des projets SwissReha d'H+ et ST Reha de SwissDRG. Il s'attache également à prévoir les scénarii de regroupement possible et l'organisation de la transition vers un site unique et de mettre en évidence les risques et opportunités inhérents au projet.

*Dans le cadre du mandat il était prévu de faire le lien avec les projets de la planification médico-sociale. Ces travaux étant encore en cours, il n'a pas été possible de les intégrer dans le présent document. Cependant, il a été tenu compte des discussions connues des différents groupes de travail.*

## 2. Contexte actuel des sites de réadaptation

Avant de définir les filières de soins dans le cadre de l'hôpital de réadaptation de demain, il est nécessaire de décrire les hôpitaux de réadaptation actuels et les avantages et inconvénients qu'ils sous-tendent.

### 2.1. Présentation de l'hôpital de réadaptation et service de gériatrie

L'hôpital de réadaptation et service de gériatrie de l'HNE propose une évaluation biomédicale, cognitive, psychique, fonctionnelle, environnementale et sociale globale du patient, en plus et en parallèle du traitement de la pathologie motivant l'admission à l'hôpital.

Il accueille des patients pour une réadaptation (soins, physiothérapie, ergothérapie, neuropsychologie et logopédie) ayant pour objectif d'obtenir un gain d'indépendance et d'autonomie dans un concept multidisciplinaire en vue du retour à domicile ou d'un reconditionnement avant une nouvelle étape de vie. Il s'agit de leur permettre de récupérer des fonctions atteintes et/ou de s'adapter à des fonctions non récupérées, afin d'envisager si possible, un retour aux conditions antérieures.

### 2.2. Sites de réadaptation

Les prestations de réadaptation sont actuellement offertes sur différents sites : La Béroche/Saint-Aubin, Val-de-Ruz/Fontaines, Val-de-Travers/ Couvet, Le Locle.

### 2.2.1. Val-de-Ruz/Fontaines

Le site du Val-de-Ruz héberge une prise en charge de réadaptation de 20 lits, ainsi que le centre cantonal de médecine physique et réadaptation (MPR), spécialisé en réadaptation orthopédique et neurologique, avec 20 lits également.

### 2.2.2. Le Locle

Le Locle propose un hôpital de réadaptation de 30 lits de soins physiques.

### 2.2.3. La Béroche/Saint-Aubin

La Béroche offre différentes prestations :

- un hôpital de réadaptation de 19 lits
- 6 lits pour des patients atteints de troubles alimentaires, de problèmes liés à l'alcool ou de troubles psychosomatiques
- 4 lits pour des patients cérébro-lésés

### 2.2.4. Val-de-Travers/Couvet

Le Val-de-Travers dispose de 30 lits de réadaptation et gériatrie.

### 2.2.5. La Chrysalide/La Chaux-de-Fonds

Pour être complet, il faut mentionner la Chrysalide, centre de référence cantonal en soins palliatifs, disposant de 12 lits.

## 2.3. Quelques chiffres

En 2012, ces différents sites ont admis 2'343 patients pour 44'109 journées d'hospitalisation.

2012	Nombre de patients	Nombre de journées	Revenus en Fr.
Réadaptation généraliste (y compris gériatrique)	1'883	33'898	10'022'000
Réadaptation spécialisée neurologique et musculo-squelettique	278	6'634	2'442'000
Soins palliatifs	182	3'577	1'337'000
Total	2'343	44'109	13'801'000

Cela a généré des revenus d'environ Fr. 13'801'000.- auprès des assureurs maladie, alors que la participation de l'Etat de Neuchâtel pour cette activité s'est élevée à Fr. 14'216'000.-. Cela correspond donc à des recettes totales de l'ordre de Fr. 28'017'000.-.

Les charges d'exploitation selon le modèle ITAR-K s'élevaient en 2012 à près de Fr. 36'000'000.-, soit une différence par rapport aux revenus de quelque Fr. 8'000'000.-, attribuable à la politique régionale et au facteur multi-site de l'HNE.

Le tableau suivant présente le nombre de cas de réadaptation pris en charge en 2103 par les différents sites. Une estimation de la répartition de ces cas par filière a été faite.

### Statistiques 2013 – Patients par filières de réadaptation

Source: Domino

	Béroche	Béroche 2 OH / Anorexie	Le Locle	VDR CTR	VDR MPR	VDT	Total	
Nombre de lits	25		30	20	20	30	125	
Taux d'occupation	87.6%		82.2%	92.8%	94.2%	79.7%		
Nombre de cas	366	97 / 7	581	400	243	527	2221	
Moyenne d'âge (ans)	72	50/40	79	80	61	81		
Neurologie	13 (4%)		44 (8 %)	35 (9%)	129 (53%)	54 (10%)	275	env. 12%
Locomoteur	170 (46%)		262 (45 %)	167 (42%)	106 (44%)	152 (29%)	857	env. 39%
Gériatrie	27 (7%)		81 (14%)	60 (15 %)	1	157 (30%)	326	env. 15%
Médecine interne oncologie	156 (43 %)		194 (33 %)	138 (35%)	7 (3%)	164 (31 %)	659	env. 30%
(Les cas psychiatriques ont été comptés comme médecine. Une partie des cas classés en médecine interne et oncologie sont des cas gériatriques non diagnostiqués comme tels (patient de 65 ans et plus polymorbide ou de 75 ans fragile ou à risque de fragilité))								
Il s'agit d'estimations								

## 2.4. Points forts et faiblesses de l'organisation actuelle

L'organisation actuelle offre les avantages suivants :

- Proximité : la répartition des prestations de réadaptation sur différents sites permet une hospitalisation en réadaptation à proximité du domicile du patient. Ce critère est tout particulièrement important pour les soins palliatifs
- Structure familiale
- Convivialité
- Souplesse du système : possibilité de transfert d'un site de réadaptation à un autre en cas de surcharge
- Polyvalence du personnel
- Intérêt pour le personnel : l'organisation actuelle permet au personnel de faire face à une variété de pathologies
- Autonomie des sites de réadaptation
- Prise en charge globale du patient, relevant parfois de différentes filières de soins

Elle présente par contre un certain nombre de points faibles :

- Polyvalence du personnel
- Dispersion des compétences et des ressources
- Difficulté de maintenir des prestations car la typologie des prestations est personne dépendante
- Difficulté de standardisation des prestations
- Difficulté de supervision
- Difficulté d'orienter le patient sur un site spécifique si son choix est autre
- Fragilité du système
- Coûts d'exploitation des différents services 24h/24h et 7j/7j

- Manque de poids décisionnel. Ingérence médicale
- Difficulté de créer une culture HNE et départementale
- Faiblesse du service social et liaison
- Faiblesse du système face à l'évolution de l'environnement socio-politique suisse
- Appartenance au site et non au département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs (GRSP)

L'organisation actuelle doit également faire face au changement de modèle de financement de la réadaptation.

### 3. Changement du financement de la réadaptation

Compte tenu de la problématique du financement de la réadaptation en Suisse, en particulier du projet ST Reha de SwissDRG (voir point 3.2), il est indispensable pour l'HNE de mettre en place les outils et évaluations nécessaires à l'ANQ (voir point 3.1) et d'identifier et mettre en place des filières de soins (voir point 4).

#### 3.1. ANQ et mesures nationales de la qualité en réadaptation

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a pour but de coordonner et de réaliser des mesures de la qualité sur le plan national dans les domaines de la médecine somatique aigue, de la réadaptation et de la psychiatrie en milieu hospitalier : l'ANQ prescrit les mesures de qualité à effectuer à l'échelle suisse sous forme de plans de mesure.

Le plan de mesure national pour la réadaptation stationnaire, y compris sa mise en œuvre et son financement, a été élaboré par l'ANQ et approuvé par ses partenaires (H+ - Les Hôpitaux de Suisse, les assureurs et cantons). La réalisation des mesures est obligatoire pour tous les centres et cliniques de réadaptation ayant adhéré au contrat qualité national.

##### 3.1.1. Aperçu du plan de mesure Réadaptation

Le plan de mesure pour la réadaptation englobe au total dix instruments et se subdivise en trois modules :

- Module 1 : enquête nationale de la satisfaction des patients en réadaptation (questionnaire succinct)
- Module 2 : réadaptation musculo-squelettique et neurologique (documentation des objectifs et de l'atteinte des objectifs, indice de Barthel étendu (EBI), Functional independence measure (FIM<sup>1</sup>), Health assessment questionnaire (HAQ))
- Module 3 : réadaptation cardiaque et pulmonaire (test de marche de 6 min, bicyclette ergométrique, MacNew heart, Feeling-thermometer, Chronic respiratory Questionnaire)

L'ANQ, à la demande des cantons romands représentés par la plateforme suisse de réadaptation, a accepté provisoirement le principe d'un quatrième module de réadaptation gériatrique. Les établissements offrant des prestations de réadaptation non spécifique d'un organe appliquent le module 2. Ils sont tenus de documenter les objectifs mais peuvent choisir librement entre FIM, EBI et HAQ.

Pour tous les modules, les mesures sont complétées par :

---

<sup>1</sup> MIF en français, pour « mesure de l'indépendance fonctionnelle »

- La pose des objectifs principaux du séjour et l'atteinte des objectifs
- La mesure du Cumulative illness rating scale (CIRS) qui permet de pondérer les résultats obtenus en fonction des comorbidités du patient

### 3.1.2. Plan de mesure à l'HNE

L'HNE doit s'organiser en pôles de compétences pour démontrer une qualité de prise en charge. Le défi est multiple :

- organiser une prise en charge spécifique (filiales et itinéraires cliniques) ;
- développer des compétences de soins spécifiques aux différentes filiales ;
- être performant dans l'utilisation des instruments de mesure, instruments qui conditionneront probablement le remboursement du séjour et donc son adéquation avec les ressources engagées ;
- être performant et efficient dans l'utilisation des ressources mises à disposition selon le type de réadaptation, le temps de prise en charge nécessaire et adéquat selon la littérature ;
- se préparer aux comparaisons de l'ANQ.

L'HNE a fait le choix de la MIF comme outil de mesure de la réadaptation, outil le plus reconnu dans la littérature et déjà utilisé par les équipes.

Il est compliqué et peu efficient dans le contexte actuel, pour des raisons de qualité de mesure, de former les équipes à l'utilisation de plusieurs outils différents (MIF, HAQ), outils qui auront leur importance dans le recueil des données et leur analyse.

Le dossier patient informatisé (SIC, système d'information clinique), en cours d'introduction au sein de l'HNE, utilise un autre instrument de mesure de l'indépendance fonctionnelle du patient sans lien possible avec la MIF.

Le HAQ (Health Assessment Questionnaire) est un auto-questionnaire de santé mesurant les aptitudes quotidiennes du patient. Il s'agit d'un indice reflétant le statut fonctionnel (capacité fonctionnelle) du patient selon sa propre évaluation.

Les exigences de l'ANQ concernant la réadaptation musculo-squelettique sont d'utiliser la HAQ comme outil de mesure et non la MIF. L'HNE va devoir se conformer aux exigences.

## 3.2. Nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation

Le Conseil fédéral a mandaté SwissDRG pour mettre sur pied un nouveau système tarifaire pour la réadaptation. SwissDRG a décidé de poursuivre le développement du modèle de tarification MTH Reha CTM comme modèle unique pour le secteur de la réadaptation et a donné mandat à H+ Les Hôpitaux de Suisse et à la CTM (Commission des tarifs médicaux LAA) pour développer la structure tarifaire ST Reha. Ce système sera basé sur différentes filiales de soins, limitées pour le moment à quatre filiales (neurologique, musculo-squelettique, cardiologique et pneumologique). Ce projet prévoit des critères d'admission dans chacune de ces filiales ainsi que des programmes de traitement bien établis. L'entrée en vigueur de cette structure tarifaire est prévue pour 2016.

L'évaluation des patients et par conséquent la construction du nouveau système tarifaire dépendra des outils de mesure mentionnés ci-dessus, avec les contraintes que cela suppose en termes d'organisation des services et d'élaboration des programmes de soins.

## 4. Hôpital de réadaptation

Les centres de réadaptation actuels assument plusieurs missions simultanées. Ils sont des centres de traitement, de gériatrie, de réadaptation, de suite de soins, etc. Ils assument aussi les suites de soins subaigus de médecine interne et oncologique, type « supportive care », qui devront, à l'avenir, être identifiées.

### 4.1. Définition

Les hôpitaux de réadaptation proposent des soins de réadaptation ayant pour objectif d'accélérer ou de rendre possible un retour à domicile. Il s'agit d'entreprendre des mesures permettant au patient de récupérer des fonctions atteintes par une maladie ou un accident, ou de l'aider à s'adapter à la fonction non récupérée.

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé)<sup>2</sup>, la réadaptation est la « mise en œuvre d'un ensemble optimal de mesures physiques, sensorielles, intellectuelles, psychologiques et sociales destinées à restituer à l'intéressé un usage aussi complet que possible de la ou des fonctions atteintes en vue de retrouver la meilleure activité possible et une place appropriée dans la société ». L'objectif repose sur une idée maîtresse: restaurer l'indépendance et l'autonomie, si possible dans l'environnement existant, par exemple dans le logement occupé jusque-là. Si le déroulement de la réadaptation révèle que ce n'est pas possible, l'objectif doit être adapté et/ou des modifications doivent être apportées à l'environnement.

Les principales définitions mentionnées ci-dessous se réfèrent au document DefReha produit par H+ qui vise à déterminer les formes de réadaptation et à définir les critères d'inclusion et d'exclusion pour les différentes phases de la réadaptation.

Conformément à la classification CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), les objectifs de la réadaptation sont les suivants :

1. Faire régresser les atteintes au niveau des organes
2. normaliser le plus possible les troubles de l'activité en recourant à des programmes d'entraînement ou développer avec le patient des possibilités de compensation fonctionnelle pour les troubles concernés
3. Réduire les troubles de la participation par des adaptations de l'environnement au patient dans une mesure économiquement raisonnable, par exemple en utilisant des moyens auxiliaires
4. Inclure les facteurs contextuels (facteurs psychosociaux et environnementaux) pour tous les niveaux de la classification CIF
5. Transmettre des stratégies préventives (le plus souvent dans le champ de la prévention secondaire)

En résumé, les objectifs généraux de la réadaptation peuvent être définis comme suit :

- prévention d'un handicap imminent
- réduction ou élimination d'un handicap
- prévention de l'aggravation d'un handicap et donc d'un risque de nouvelle réhospitalisation

---

<sup>2</sup> <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

- prévention de complications secondaires telles que contractures, escarres, dystrophies de l'épaule, etc.
- apprentissage des mécanismes/stratégies de compensation
- atténuation de l'atteinte à la qualité de vie résultant de la maladie ou de l'accident par une réduction ciblée des douleurs liées aux symptômes, amélioration des fonctions et intégration, respectivement réintégration, du patient
- encouragement de la responsabilité individuelle du patient et amélioration de la connaissance de la maladie et de son traitement («Self Management»)
- réintégration dans l'environnement professionnel et social avec implication de l'entourage

#### 4.2. Critères d'admission

L'admission en hôpital de réadaptation présuppose l'atteinte d'un certain nombre de critères définissant l'état d'un patient à la fin d'un séjour dans un établissement de soins aigus :

- sa situation médicale initiale est clarifiée
- le type et la durée du traitement sont définis et réalistes
- les premières étapes thérapeutiques sont initiées et, en accord avec les personnes concernées, sont considérées comme tolérées et efficaces
- les thérapies nécessitant des soins aigus sont établies, respectivement terminées
- le risque vital aigu est maîtrisé

Si la condition médicale du patient nécessite des mesures de réadaptation pour rétablir le meilleur état de santé possible, le séjour doit être poursuivi dans un hôpital de réadaptation.

Les bases de la réadaptation sont :

- un traitement à visée curative des fonctions organiques ou des structures anatomiques atteintes
- le recouvrement ou la compensation des atteintes aux fonctions organiques et aux structures anatomiques, aux activités et aux participations
- la prévention de nouvelles atteintes aux fonctions organiques et aux structures anatomiques, aux activités ou aux participations
- la poursuite de certains traitements en cours hors des soins somatiques aigus.

Il revient à l'équipe médico-thérapeutique responsable du traitement de soins aigus de déterminer le moment où le patient peut quitter le service et être transféré dans une structure de réadaptation. Respectivement, c'est le rôle de l'équipe médico-thérapeutique de la structure de réadaptation d'analyser cette demande et, éventuellement, de la refuser si l'état du patient dépasse les capacités de la structure.

#### 4.3. Critères d'exclusion

Selon le document « La réadaptation dans l'HNE : définitions, missions, critères, prestations » daté de 2012, un certain nombre de critères s'opposent à l'entrée en hôpital de réadaptation. Les critères d'exclusion suivants s'appliquent, quelle que soit la mission du site de réadaptation:

- Patient dont les paramètres vitaux sont instables,

- Trouble cognitif et syndrome démentiel moyen à sévère qui rend une collaboration à une réadaptation impossible,
- Trouble du comportement majeur avec agressivité, agitation,
- Risque de mise en danger, fugue,
- Comorbidité psychiatrique active,
- Patient n'adhère pas aux propositions thérapeutiques,
- Patient en décharge complète,
- Patient dont la prise en charge peut être effectuée sur un mode ambulatoire,
- Patient dialysé durant son séjour en hôpital de réadaptation,
- Patient en traitement de radiothérapie durant son séjour en hôpital de réadaptation,
- Patient en traitement de chimiothérapie intraveineuse (excepté séjour de réadaptation entre deux cures de chimiothérapie distantes de deux à trois semaines),
- Patient qui remplit les conditions en soins palliatifs mais dont l'évolution s'oriente vers une mort imminente.

Le document DefReha propose des critères d'admission et d'exclusion spécifiques aux neuf domaines de la réadaptation définis : réadaptation gériatrique, réadaptation en médecine interne et oncologique, réadaptation cardio-vasculaire, réadaptation musculo-squelettique, réadaptation neurologique, réadaptation pédiatrique, réadaptation en cas de paraplégie, réadaptation psychosomatique, réadaptation pulmonaire.

#### **4.4. Filières de soins**

##### **4.4.0. Définition de la filière de soins**

La filière de soins définit l'offre de soin à organiser, à savoir de quelle manière s'organisent les acteurs et les institutions pour offrir les prestations requises.

La filière de soins décrit une trajectoire de soins pour une pathologie ou un diagnostic donné pour un patient standard, trajet linéaire entre les soins aigus, la réadaptation, la prise en charge ambulatoire et le retour à domicile, identique pour tous les patients présentant une même pathologie. La filière décrit une organisation de soins et non le besoin de soin.

Les filières proposées par l'HNE pour l'hôpital de réadaptation couvrent les prises en charge stationnaire et ambulatoire. Elles sont mentionnées ci-dessous, les définitions étant basées sur le document DefReha.

##### **4.4.1. Filière neurologique**

Selon la définition de l'OMS, la neuroréadaptation consiste à traiter les conséquences des maladies et atteintes du système nerveux central et périphérique ainsi qu'à traiter les conséquences des maladies neuromusculaires. Si l'on examine les différentes phases de la maladie, la phase aiguë des maladies neurologiques englobe le diagnostic du trouble neurologique, les soins curatifs médicaux et chirurgicaux ainsi que le début des mesures à but réadaptatif. La pose d'indications cliniques pour des mesures supplémentaires de réadaptation y est associée. Selon la gravité de l'état neurologique et des atteintes fonctionnelles qui en découlent, le traitement est associé à une réadaptation intensive (une forme de

réadaptation particulièrement complexe, sous surveillance étroite, dans un service spécifique, aussi appelée improprement par le passé réadaptation précoce), ou à une neuroréadaptation stationnaire.

Concrètement pour l'HNE, la filière neurologique couvre les pathologies suivantes :

- Accident vasculaire cérébral
- Mouvements anormaux
- Maladies neurodégénératives (hormis pathologies démentielles)
- Séquelles traumatiques
- Neurochirurgie

Les pathologies médullaires sont associées à la filière neurologique.

#### **4.4.2. Filière musculo-squelettique**

La réadaptation musculo-squelettique est une forme de traitement interdisciplinaire et interprofessionnelle d'atteintes chroniques ou aiguës des os, des articulations et de la colonne vertébrale et/ou d'atteintes musculo-squelettiques dues à des inflammations des tissus mous ou à des causes dégénératives postopératoires ou post-traumatiques.

Les atteintes aux fonctions organiques peuvent toucher les domaines suivants:

- mobilité/stabilité articulaire
- résistance des os
- force musculaire
- tonus musculaire
- endurance musculaire
- réflexes moteur
- contrôle et coordination de mouvements involontaires désordonnés
- déplacement (marche)
- sensations de crispation ou de raideur musculaire, sensations latentes
- douleurs

Concrètement pour l'HNE, la filière musculo-squelettique couvre les pathologies suivantes :

- Amputés
- Pathologies du dos
- Prothèses (hanche, genou, épaule)
- Maladies rhumatismales inflammatoires et dégénératives
- Traumatologie, traitements conservateurs et dégénératifs
- Traumatismes multiples

Sont exclus de cette filière, les tétraplégiques, les paraplégiques et les polytraumatisés sévères qui sont pris en charge par la SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents).

#### **4.4.3. Filière gériatrique**

La réadaptation gériatrique comprend l'ensemble des mesures visant à minimiser, voire à faire disparaître, les limitations fonctionnelles selon la CIF en vue d'une existence la plus autonome possible, pour des patients âgés, en règle générale de plus de 75 ans, atteints de poly morbidité et fragiles.

Concrètement pour l'HNE, la filière gériatrique couvre les pathologies suivantes :

- Troubles cognitifs, états confusionnels et pathologies démentielles (itinéraires mixtes somatiques et psychiatriques)

- Chutes et syndromes de désadaptation psychomotrice
- Ostéoarticulaire gériatrique
- Syndromes d'isolement social et dépression
- Malnutrition
- Chutes et vertiges
- Incontinence
- Déficits fonctionnels
- Poly pharmacie
- Insomnie
- Précarité et maltraitance

#### 4.4.4. Filière pneumologique

La réadaptation pneumo-respiratoire est une intervention multidisciplinaire s'adressant à des patients présentant des troubles fonctionnels et de la participation selon la CIF en raison de maladies pulmonaires aiguës ou chroniques. Tableaux cliniques/indications pour la réadaptation pneumo-respiratoire :

- Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Fibrose kystique
- Asthme bronchique
- Syndrome de détresse respiratoire aiguë
- Dorsopathies, affections musculaires et myopathies
- Autres troubles respiratoires (avec ventilation mécanique également)
- Troubles respiratoires pré et postopératoires lors d'interventions pulmonaires
- Tuberculose aiguë, en particulier tuberculose multirésistante
- Après des maladies respiratoires aiguës graves

Concrètement pour l'HNE, la filière pneumologique couvre les pathologies suivantes :

- Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Muco bronchectasie
- Réhabilitation pulmonaire
- Ventilation non invasive

Il s'agit d'une filière uniquement ambulatoire.

#### 4.4.5. Filière cardiovasculaire

La réadaptation cardio-vasculaire – et la prévention – est un processus qui doit aider les patients souffrant principalement d'affections cardio-vasculaires à retrouver un état optimal d'un point de vue physique, psychique, émotionnel et social. Grâce à des mesures de prévention, il s'agit de promouvoir un style de vie sain susceptible d'améliorer le pronostic. Une réadaptation cardio-vasculaire est indiquée :

- après un événement cardiaque aigu : infarctus, syndrome coronarien aigu avec ou sans angioplastie coronarienne
- lors de maladie coronarienne aiguë stable avec ou sans intervention antérieure par cathétérisme
- après une opération sur le cœur ou les vaisseaux
- pour la prise en charge de multiples facteurs de risque cardio-vasculaire (par ex. syndrome métabolique avec ou sans maladie cardiaque chronique)
- lors d'insuffisance cardiaque
- pour d'autres maladies cardio-vasculaires dont l'évolution est favorablement influencée par une réadaptation (par ex. artériopathie oblitérante des membres inférieurs, embolie pulmonaire)

Concrètement pour l'HNE, la filière cardio-vasculaire couvre les pathologies suivantes :

- Coronaropathie, état post infarctus du myocarde
- Post intervention du cœur et/ou des gros vaisseaux
- Maladies du myocarde
- Troubles circulatoires périphériques

Il s'agit d'une filière uniquement ambulatoire.

#### **4.4.6. Filière réadaptation en médecine interne - oncologie**

La médecine interne et l'oncologie sont deux spécialités différentes qui sont considérées ensemble en raison des nombreuses similitudes qu'elles présentent. Elles peuvent être donc soumises à des critères communs. Les deux spécialités sont gouvernées par une approche fonctionnelle, des activités et des participations suivant le modèle CIF. La réadaptation en médecine interne et la réadaptation oncologique sont des méthodes médicales de réadaptation destinées aux patients atteints de troubles fonctionnels et de limitation de leur participation. Ces troubles résultent d'un grand nombre de tableaux cliniques propres à la médecine interne ou oncologique/hématologique, de comorbidités ou de séquelles de traitements, en particulier d'interventions chirurgicales. Ils nécessitent une approche réadaptative coordonnée et pluridisciplinaire sous direction et surveillance médicale. Les réadaptations en médecine interne et oncologique sont des disciplines médicales de la réadaptation ambulatoire et stationnaire. Elles comprennent des mesures diagnostiques et thérapeutiques globales visant à corriger la limitation de l'activité et de la participation afin de permettre la réintégration du patient dans son indépendance.

Concrètement pour l'HNE, la filière réadaptation en médecine interne couvre les pathologies suivantes :

- Réadaptation généraliste adulte
- Prestations transversales

Le cas suivant illustre la prise en charge relevant de cette filière de réadaptation : une personne âgée qui a eu trois cures de chimiothérapie et qui est dénutrie et très affaiblie et a besoin d'une re-nutrition et d'un entraînement musculaire et à la marche.

#### **4.4.7. Prestations transversales**

L'HNE propose également les prestations transversales suivantes :

- Troubles trophiques
- Troubles de la continence
- Troubles de la nutrition
- Troubles métaboliques (obésité, diabétologie)
- Pré et post hospitalisation
- Enseignements thérapeutiques
- Soins palliatifs
- Syndromes douloureux chroniques

La transversalité concerne les filières et non les sites.

#### **4.4.8. Remarque**

La filière psychosomatique n'est pas définie dans le projet ST Reha et serait donc difficile à financer. La réflexion est en cours avec le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP). Quoiqu'il en soit, la nécessité d'un service d'alcoologie dans le canton est une évidence. Les personnes atteintes ont un réel besoin de réadaptation avec prise en charge psychosomatique. Ces prestations devraient-elles se situer dans la

médecine interne, la question reste ouverte. En outre, le groupe estime que ces prestations relèvent plus des soins aigus et du CNP que de la réadaptation.

#### 4.4.9. Autres prestations

L'Hôpital neuchâtelois se devra de développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle comme les prestations suivantes, démarrant pour certaines à domicile ou en soins aigus.

Equipe mobile de gériatrie : une équipe mobile fait de l'évaluation à l'entrée de l'hôpital et assure la prise en charge à la sortie, avec un suivi circonstancié, en ambulatoire, si nécessaire à domicile.

Hôpital gériatrique de jour : l'hôpital de jour offre une prise en charge thérapeutique de jour sur trois mois, contractuelle avec évaluation des objectifs et résultats prolongeables.

Hôpital gériatrique de "semaine" : permettant l'évaluation nocturne des patients

Accueil temporaire et évaluation gériatrique : une structure ambulatoire sur plusieurs jours propose une évaluation circonstanciée médico-psycho-sociale avec pour objectif de mettre en route les traitements et suivi nécessaire en ambulatoire. Il s'agit d'une évaluation qui ne peut se faire au domicile du patient car elle nécessite la présence de pluriprofessionnels formés.

#### 4.5. Ressources

Les ressources nécessaires à l'exploitation des différentes filières présentées sont diverses : nombre de lits requis, dotations correspondantes, équipements et infrastructures.

##### 4.5.1. Estimation du nombre de lits par filière

Par filière, l'estimation du nombre de lits nécessaires pour faire face aux besoins de la population figure dans le tableau suivant.

Remarque : ces chiffres sont approximatifs et nécessiteront d'être affinés.

Filières		Nombre de lits nécessaires
Neurologique	1 service médical de neurorééducation divisé en 2 secteurs	36 lits (1 unités de soins)
Musculo-squelettique	1 service médical divisé en deux secteurs	36 lits
Gériatrie	1 service médical divisé en trois secteurs	36 lits + 12 lits spécialisés
Réadaptation médicale et oncologique	1 service médical divisé en deux ou trois secteurs	36 lits + 12 lits palliatifs

Sur la base rétrospective des chiffres 2013, l'équipe de projet estime le nombre de lits suivant par filière :

### Projection en lits par filière

	Durée séjour estimée	Taux occupation	Nb cas	Nb lits estimés
Neurologie	30	90%	300	27
Locomoteur	15	90%	900	41
Med interne	18	90%	600	33
Gériatrie	18	90%	400	22
<b>Total</b>				<b>123 lits</b>

#### 4.5.2. Ressources humaines

Le calcul des dotations par filières s'est fait de deux manières différentes :

1. En tenant compte de standard de dotation par lit selon le type de prestations : soins, médical, ergothérapie, physiothérapie, nutrition, neuro-psy/logo, assistants sociaux/liaison. Les dotations pour l'activité ambulatoire, la formation, la direction des soins, la direction médicale et le secrétariat ne sont pas évaluées.

Il n'existe pas de référentiel avéré pour les dotations infirmières. Le groupe s'est basé sur une moyenne des comparaisons de dotations des hôpitaux de taille et missions comparable réalisées en 2009 avec l'Hôpital du Jura, l'hôpital fribourgeois, les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois et l'Hôpital Riviera.

Globalement, les dotations suivantes sont estimées pour l'ensemble des filières :

<b>Totaux avec cadres</b>	<b>168 lits</b>
Soins	155.40
Médical	21.74
Ergothérapie	25.42
Physiothérapie	32.80
Nutrition	5.08
Neuro-psy	4.28
Assistants sociaux	4.70
Animation	0.50

2. En valorisant spécifiquement les minutes de soins requis de physiothérapie et d'ergothérapie par filière de réadaptation. Pour les autres prestations, les standards sont maintenus.

La méthode d'évaluation des dotations de physiothérapie et d'ergothérapie figure en annexe 1 du rapport. Elle analyse l'activité en minutes en distinguant : les temps productifs, les temps non productifs et les temps de thérapie par groupe. Le résultat en minutes est ensuite transformé en dotation par lit.

Globalement, les dotations suivantes sont estimées pour l'ensemble des filières :

Totaux avec cadres	168 lits
Soins	155.40
Médical	21.74
Ergothérapie	26.97
Physiothérapie	18.63
Nutrition	5.67
Neuro-psy	4.79
Assistants sociaux	4.70
Animation	0.46

Les tableaux détaillés des dotations par prestations et par filière sont également joint au rapport (annexes 2 et 3).

A titre informatif, les dotations du DGRSP sont actuellement les suivantes :

Totaux avec cadres	126 lits
Soins	121.70
Médical	16.90
Ergothérapie	9.45
Physiothérapie	17.50
Nutrition	2.00
Neuro-psy et logopédie	2.65
Assistants sociaux	3.20
Animation	0.00

#### 4.5.3. Équipements

L'hôpital de réadaptation unique doit disposer des équipements suivants :

- Plateau technique
- Salle de traitement pour petites interventions

#### 4.5.4. Infrastructure et locaux

Au sein de l'hôpital de réadaptation unique, les locaux suivants sont proposés :

- Des chambres à un lit avec douche et toilette équipées selon les normes pour personnes handicapées
- Salle à manger par unité de soins
- Salle de traitement
- Salle de colloque (entretiens familles, colloques pluridisciplinaires)
- Salle de bains adaptée (normes personnes handicapées)
- Locaux de rangements pour le matériel (fauteuil roulant, déambulateur, etc.)
- Cuisines thérapeutiques
- Couloirs adaptés

- Restaurant pour le personnel
- Locaux physiothérapie, ergothérapie, neuropsychologie
- Locaux d'hébergement pour les partenaires de santé (NOMAD, etc.)
- Une piscine
- Un bureau de soins pour une demi-unité (= 15 lits)
- Pharmacie (stock)
- Bureaux pour les consultants
- Chambres à disposition des accompagnants
- Espace famille
- Parcours de marche
- Unité spécifique avec zone de déambulation.

## 5. Scénarii de regroupement possibles et organisation de la transition vers un site unique

L'hôpital de réadaptation unique permettra le regroupement sur un site unique de l'ensemble des filières de réadaptation. Chaque filière constituera un service. Il sera possible d'effectuer des transferts de patients d'un service à l'autre en cas de surcharge, avec disponibilité du personnel qualifié requis par filière

Le regroupement sur un site unique de l'ensemble des prestations de réadaptation nécessite des investissements conséquents pour la construction/agrandissement/rénovation d'un hôpital de réadaptation. La réalisation d'un tel projet prendra entre dix et quinze ans.

Le changement de financement de la réadaptation, selon les filières de soins, entrera en vigueur en 2016. Il n'est donc pas possible d'attendre la mise en fonction d'un futur site unique sans rien faire. Un scénario de transition doit être imaginé actuellement et mis en œuvre afin de disposer dès 2016 d'une prise en charge par filière conforme aux contraintes de financement.

Une solution serait de spécialiser les sites actuels selon les filières de soins définies et d'acheminer les patients selon la pathologie sans distinction de la région de domicile. Or, au-delà des réticences que cela pourrait générer auprès de la population, les locaux actuels des différents hôpitaux de réadaptation ne se prêtent pas à une répartition par filière de soins telles que proposées ci-dessus. En effet, tous les sites sont trop petits pour accueillir n'importe quelle filière. De plus, la spécialisation par site peut générer temporairement des surcapacités, respectivement des sous-capacités. La spécialisation des unités peut se faire uniquement s'il y a un regroupement de deux ou trois filières sur le même site.

La phase intermédiaire pourrait être faite par le regroupement de la réadaptation sur deux sites. Cela permettrait d'assurer une spécialisation des unités tout en gérant les questions de capacité. Vu les contraintes architecturales mentionnées précédemment, cette solution occasionnerait des investissements majeurs afin d'agrandir les sites choisis et de disposer de deux sites de 60 à 80 lits. Certains sites ne peuvent prétendre à une telle extension, soit pour des raisons architecturales, soit pour des raisons d'accessibilité.

Concrètement, la phase intermédiaire sur deux sites pourrait se faire soit sur les sites du Val-de-Travers et du Val-de-Ruz, soit sur les sites du Locle et du Val-de-Ruz. Dans le premier cas, les constructions devraient être adaptées pour pouvoir accueillir 60 à 80 lits avec la difficulté est de convaincre les patients de se rendre au Val-de-Travers. Dans le deuxième cas, le site du Locle devrait être étendu à 60 lits, le site du Val-de-Ruz à 80 lits.

Finalement, au vu des effets saisonniers, de la volonté des patients et de leurs proches d'hospitalisation à proximité du domicile et étant donné qu'aucun patient n'est « monofilière », le groupe ne peut préconiser une étape intermédiaire.

Concernant l'implantation de l'hôpital de réadaptation unique, vue la configuration actuelle de deux sites de soins aigus, le groupe recommande le site du Val-de-Ruz si une zone périphérique hors des deux villes doit être privilégiée.

## 6. Risques et opportunités inhérents au projet

Les principaux risques et opportunités liés au projet site unique de réadaptation figurent dans le tableau ci-dessous.

	POSITIF	NÉGATIF
EXTERNE	<p><b>Opportunités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir le financement grâce au site unique</li> <li>• Regroupement des professionnels</li> <li>• Amélioration des prestations</li> <li>• Amélioration de la formation</li> <li>• Amélioration du flux</li> <li>• Visibilité</li> <li>• Lisibilité</li> <li>• Optimisation des ressources</li> <li>• Accord avec l'ANQ</li> <li>• Filière de soins pertinente et non loco - régionale</li> <li>• Accessibilité</li> </ul>	<p><b>Menaces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceptation politique et de la population</li> <li>• Acceptation de la localisation excentrée</li> <li>• Financement</li> <li>• Capacité à investir en un site unique</li> <li>• Sensation de pertes économique pour la région du Val-de-Travers</li> </ul>

## 7. Conclusion

La perspective d'une nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation en 2016 génère un certain nombre de contraintes organisationnelles : la nécessité de constituer une prise en charge par filière de soins, la mise en place d'outils d'évaluation spécifique à la mesure de la qualité, l'évaluation des dotations par lit afin d'assurer une allocation de ressources conforme au financement.

En parallèle, ces changements impliquent une réflexion de fond autour de la localisation des sites de réadaptation dans le canton. La nécessaire spécialisation générée par le changement de financement demande un regroupement des prestations sur un site unique. Les avantages sont nombreux : adéquation

avec le système de financement, spécialisation des prestations, flexibilité entre les différentes unités de réadaptation.

Deux difficultés majeures restent posées : obtenir le financement des investissements nécessaires à la création d'un nouvel hôpital de réadaptation sur un site unique et convaincre la population du canton de la pertinence du regroupement de la prise en charge sur un site unique.

Une phase de transition est à organiser afin de s'assurer dès 2016 d'un financement optimal de la réadaptation et offrir une prise en charge de qualité quelle que soit la localisation des prestations.

Le groupe estime que le présent rapport répond aux objectifs du mandat confié, à savoir définir les enjeux de la réadaptation, les conditions d'exploitation et les étapes menant vers un site unique de réadaptation.

Une réflexion supplémentaire a été demandée au groupe par le Conseil d'administration de l'HNE : quels avantages et inconvénients entre un site unique de réadaptation et deux sites de réadaptation en zone urbaine. Ce point fait l'objet d'une note complémentaire.

## 8. Annexes

## 8.1. Annexe 1 : Méthode de calcul pour l'évaluation des dotations en physiothérapie et ergothérapie



Département des soins

### Méthodologie de calcul pour l'évaluation des dotations en physiothérapie et ergothérapie pour l'hôpital de réadaptation unique.

Le seul document en notre possession traitant de l'analyse de dotation pour la réadaptation est issu de la réflexion et l'analyse de ALVR/CFAR Comité de Travail des Fournisseurs de Prestations et des Assureurs pour une Réhabilitation Economique et de Qualité (Version 2.6.2001).

Ce document datant de 2001, et l'absence de standards de dotation dans le domaine de la rééducation, nous ont poussés à baser notre réflexion sur notre pratique actuelle en définissant une unité commune pour les ergothérapeutes et physiothérapeutes. L'unité "minute" nous a semblé la plus pertinente.

Dès lors, nous avons nommé les différentes filières en déclinant leurs itinéraires cliniques. Nous avons ensuite décidé d'analyser l'activité, en minutes, en distinguant:

- les temps productifs qui sont les temps de thérapies et qui vont avec le soin: préparation, thérapies directs et transmissions sur le dossier du patient. Pour ce faire, chacune de ces "sous-actions" a été calculée en minutes pour toute la durée du séjour, calcul dont nous avons tiré une moyenne par filière et par jour.
- Les temps non productifs sont les temps de colloques, rangements, organisation...tout ce qui doit être fait en dehors du temps productif, analysés selon la même méthode.
- Les temps de thérapie par groupe à savoir le temps nécessaire au transport des patients, du temps pour animer le groupe, ranger et remplir les dossiers.

Le résultat en minutes est ensuite transformé en dotation par lit, le calcul des dotations se fait selon le modèle choisi par la DSO, avec 1696 h / an, 2 jours de formations comptabilisés, 25 jours de vacances et 10 jours de maladie.

A cette dotation, il convient d'ajouter le temps d'encadrement, chef de service et chef de service adjoint ainsi que le temps des cliniciens et des praticiens formateurs.

Au terme de notre analyse, nous sommes heureux de constater que les résultats de notre méthodologie de calcul et de notre démarche rejoignent les recommandations du Comité de Travail des Fournisseurs de Prestations et des Assureurs pour une Réhabilitation Economique et de Qualité.

20 janvier 2014

Pierre Colin et Anne-Christine Miaz

## 8.2. Annexe 2 : Dotation selon standard

Filière	nombre de lits	dotation / lit Soins et médical	dotation soins	Dot hors soins				Dotation totale
				Cadres de proximité	Cadres supérieurs	PF	Clinicien	
<b>Neurologique</b>	<b>36</b>							
Soins	36	0.9	32.4	1		0.2	0.2	33.80
Médical	36	0.08	2.88					2.88
Ergothérapie	36	0.25	9	0.3		0.1	0.2	9.60
Physiothérapie	36	0.25	9	0.3		0.1	0.2	9.60
Nutrition	36	0.03	1.08					1.08
Neuro-psy / Logo	36	0.075	2.7					2.70
Assistants sociaux/ liaison	36		0					0.00
<b>Musculo-squelettique</b>	<b>36</b>							
Soins	36	0.8	28.8	1		0.2	0.2	30.20
Médical	36	0.06	2.16					2.16
Ergothérapie	36	0.1	3.6	0.3		0.1	0.2	4.20
Physiothérapie	36	0.2	7.2	0.3		0.1	0.2	7.80
Nutrition	36	0.02	0.72					0.72
Neuro-psy / Logo	36		0					0.00
Assistants sociaux/ liaison	36		0					0.00
<b>Gériatrique</b>	<b>36</b>							
Soins	36	0.9	32.40	1		0.2	0.3	33.90
Médical	36	0.08	2.88					2.88
Ergothérapie	36	0.15	5.40	0.3		0.1	0.2	6.00
Physiothérapie	36	0.2	7.20	0.3		0.1	0.2	7.80
Nutrition	36	0.025	0.90					0.90
Neuro-psy / Logo	36	0.033	1.19					1.19
Assistants sociaux/ liaison	36		0.00					0.00
	36		0.00					0.00
<b>Lits spécialisés Psy-Ger</b>	<b>12</b>							
Soins	12	0.9	10.8	0.5		0.2	0.1	11.60
Médical	12	0.1	1.2					1.20
Ergothérapie	12	0.05	0.6			0.1	0.1	0.80
Physiothérapie	12	0.05	0.6			0.1	0.1	0.80
Nutrition	12	0.03	0.36					0.36
Neuro-psy / Logo	12	0.033	0.396					0.40
Assistants sociaux/ liaison	12		0					0.00
	12		0					0.00
<b>read. Med holistique</b>	<b>36</b>							
Soins	36	0.85	30.6	1		0.2	0.2	32.00
Médical	36	0.08	2.88					2.88
Ergothérapie	36	0.1	3.6	0.3		0.1	0.2	4.20
Physiothérapie	36	0.15	5.4	0.3		0.1	0.2	6.00
Nutrition	36	0.025	0.9					0.90
Neuro-psy / Logo	36		0					0.00
Assistants sociaux/ liaison	36		0					0.00
	36		0					0.00
<b>Lits soins palliatifs</b>	<b>12</b>							
Soins	12	1	12	0.5		0.2	0.2	12.90
Médical	12	0.1	1.2					1.20
Ergothérapie	12	0.01	0.12					0.12
Physiothérapie	12	0.05	0.6			0.1	0.1	0.80
Nutrition	12	0.01	0.12					0.12
Neuro-psy / Logo	12		0					0.00
Assistants sociaux/ liaison	12		0					0.00
	12		0					0.00
<b>Totaux</b>	<b>168</b>							
<b>Dotation non spécifique</b>								
Soins						1		1.00
Médical				5.04	3.5			8.54
Ergothérapie					0.5			0.50
Physiothérapie								0.00
Nutrition				0.6		0.2	0.2	1.00
Neuro-psy / Logo								0.00
Assistants sociaux/ liaison			4.7					4.70
Animation			0.5					0.50
<b>Totaux généraux</b>								
Soins								155.40
Médical								21.74
Ergothérapie								25.42
Physiothérapie								32.80
Nutrition								5.08
Neuro-psy / Logo								4.28
Assistants sociaux/ liaison								4.70
Animation								0.50

hors ambulatoire et formation, DSO, DM, secrétariat.

