



Formation & Recherche en Soins

Accompagnement au changement lors de
la restructuration et du déménagement
de l'hôpital Léopold Bellan.
Exemple de l'unité de gériatrie aiguë



Frédérique BAUCHE

MTMOS 2014-2015



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes suivantes :

La direction des ressources humaines de l'hôpital Léopold Bellan, pour m'avoir permis de développer mes compétences en réalisant ce Master 2,

Mme Isabelle ROBINEAU-FAUCHON et M. LETOURNEAU, pour leurs conseils, leur disponibilité dans l'accompagnement du projet managérial,

Les intervenants de l'Ecole Supérieure Montsouris, pour la richesse de leurs enseignements,

Mes collègues du MOS 2014-2015, pour leur encouragements et particulièrement Marie et Corinne, pour leurs relectures et leurs conseils,

José, pour la relecture et l'aide qu'il m'a apportée cette année,

Mes enfants,

Et surtout mon conjoint pour ses conseils, sa disponibilité, ses corrections, son soutien dans les moments de doute, sa patience et tout le reste ...

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISES	3
INTRODUCTION	4
1 PRESENTATION DE L'HOPITAL LEOPOLD BELLAN, CONTEXTE DE RESTRUCTURATION.....	6
1.1 L'hôpital avant le déménagement (mars 2015)	7
1.1.1 Le site principal Montparnasse, devenu site Losserand	7
1.1.2 Le site Acqueduc	9
1.2 Contexte du projet de restructuration et de déménagement.....	9
1.2.1 Evolution du système de santé.....	9
1.2.2 Evolution du système de financement des établissements de santé	12
1.2.3 Impact de la mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital Bellan	13
1.2.4 Avenir incertain de la chirurgie	14
1.2.5 Orientation gériatrique.....	14
1.2.6 Nécessité d'un partenariat avec le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph	15
1.2.7 Projet de restructuration en deux phases	15
1.3 Nouveau projet de l'hôpital.....	18
1.3.1 Financement du projet.....	18
1.3.2 Projet architectural	18
1.3.3 Partenariats avec le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph	20
1.3.4 Projet informatique	21
1.3.5 Réorganisation des services de soins	23
1.3.6 Chiffres clés de l'hôpital avant et après le déménagement.....	24
1.3.7 Impact de la réorganisation sur le personnel	24
2 ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE L'EQUIPE PARAMEDICALE DE L'UNITÉ DE GÉRIATRIE AIGUE.....	26
2.1 Analyse des restructurations hospitalières dans la littérature.....	26
2.1.1 L'évolution de l'activité soignante	26
2.1.2 La période de deuil et de reconstruction de l'identité professionnelle	28
2.1.3 Les différentes phases de préoccupation traversées par les professionnels.....	29
2.2 Analyse du changement organisationnel	32
2.2.1 Dimension fonctionnelle	32
2.2.2 Dimension politique.....	33

2.2.3	Dimension culturelle.....	34
2.3	Phase diagnostique du projet.....	35
2.3.1	Axe démographique.....	37
2.3.2	Axe stratégique.....	41
2.3.3	Axe relationnel.....	42
2.3.4	Axe technique.....	43
2.4	Ressources et difficultés du projet.....	48
2.4.1	Les opportunités.....	49
2.4.2	Les menaces.....	49
2.4.3	Bilan des gains et pertes des acteurs.....	50
2.5	Détermination des choix stratégiques.....	51
2.6	Phase opérationnelle du projet.....	54
2.6.1	Plan de communication.....	54
2.6.2	Séminaire d'intégration de l'UGA.....	55
2.6.3	Accompagnement pour l'informatisation du dossier de soins.....	57
2.6.4	Accompagnement après le déménagement.....	57
2.7	Evaluation du projet, limites du projet.....	58
2.7.1	Evaluation du séminaire.....	59
2.7.2	Evaluation de l'appropriation de l'outil informatique.....	59
2.7.3	Evaluation de l'organisation du travail.....	59
3	PRECONISATIONS POUR LE SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	62
	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE.....	68
	ANNEXES.....	73

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide soignant

ASH : Agent de service hôtelier

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRH : Direction des ressources humaines

ETP : Equivalent temps plein

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHPSJ : Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

HAS : Haute autorité de santé

HLB : Hôpital Léopold Bellan

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

PSE : Plan de sauvegarde de l'emploi

PUI : Pharmacie à usage intérieur

RTT : Réduction de temps de travail

SRoS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SSR SEP : Soins de suite et rééducation sclérose en plaques

SWOT : Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats

UGA : Unité de gériatrie aiguë

INTRODUCTION

L'évolution du système de santé français et particulièrement la mise en place de la réforme du financement des hôpitaux intervenue en 2005, ont conduit l'Hôpital Léopold Bellan (HLB) à une restructuration profonde démarrée en 2009.

Cette restructuration a abouti à un déménagement vers un bâtiment neuf, à une reconversion complète des activités historiques de l'établissement ainsi qu'à une modification importante des organisations soignantes. En effet, « *les établissements de santé français ne peuvent aujourd'hui se restructurer que dans le cadre d'une triple problématique : répondre aux besoins de santé dans un territoire donné, répondre aux exigences de sécurité et de qualité, s'adapter aux contraintes liées à la raréfaction des moyens humains et financiers* »¹.

Dès 2009, la première phase du projet voyait la fermeture des urgences, des blocs opératoires et des activités chirurgicales. En parallèle 59 lits de gériatrie et de neuro-psycho-gériatrie étaient ouverts en maintenant les activités de médecine interne, neurologie, radiologie et biologie.

La deuxième phase du projet s'est achevée en mars 2015 avec le déménagement du site principal près du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph (GHPSJ). Les activités historiques ont été fermées ou transférées pour une réorientation complète vers la gériatrie.

A cette occasion, une coopération renforcée (pharmacie, imagerie, laboratoire) entre l'HLB et le GHPSJ a été mise en place pour réduire les coûts.

Cette restructuration est cohérente avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et avec les politiques nationales de santé puisque « *la notion de regrouper, mutualiser, rationaliser, améliorer la prise en charge globale du patient en maîtrisant les coûts est au cœur de la réflexion stratégique des établissements de santé* »².

Si cette restructuration et ce déménagement répondaient pleinement à un besoin de santé publique et à des problématiques budgétaires, ils impactent fortement les personnels sur le plan social et sur le plan humain. En plus d'un changement du lieu de travail, on observe une modification des conditions de travail : nouvelles organisations, nouveaux outils, éclatement des

¹ DGOS (2010) Guide : « Nouvelles organisations et architectures hospitalières » p 1
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

² Ibid., p 29

équipes, etc. Un accompagnement spécifique et renforcé apparaît nécessaire afin de faciliter l'intégration des salariés dans ce nouvel hôpital et garantir sa réussite.

Cadre des unités de neurologie et de médecine interne depuis 2009, j'ai participé activement à la deuxième phase de la restructuration (2013 à 2015). Membre du comité de pilotage chargé du projet du déménagement, c'est dans ce contexte, après un deuxième plan de sauvegarde de l'emploi en 2014, qu'il m'a demandé d'accompagner au changement l'équipe paramédicale du futur service de gériatrie aiguë. Je suis aujourd'hui responsable de cette unité.

Ce projet traite donc de l'accompagnement au changement des équipes paramédicales de l'unité de gériatrie aiguë dans un contexte d'une restructuration importante et du déménagement de l'hôpital Léopold Bellan. L'objectif principal est de mettre en place la future organisation. Les enjeux sont, d'une part, la performance (atteinte des objectifs d'activité et de prise en charge des patients) et, d'autre part, l'accompagnement humain (mobilisation des personnels).

Ce travail comporte trois parties.

La première partie réalise d'abord une présentation de l'hôpital avant le déménagement, puis, après avoir expliqué le contexte de la restructuration, sera détaillé le projet du nouvel hôpital.

La deuxième partie aborde la conduite du projet d'accompagnement au changement des équipes paramédicales en prenant l'exemple de la nouvelle unité de gériatrie aiguë sur le site Losserand. Après avoir recensé plusieurs éléments issus de la littérature, la phase diagnostique permet d'analyser la dynamique organisationnelle avant le déménagement afin de dégager les ressources et les contraintes du projet. Celles-ci orientent les choix stratégiques. Le plan d'action est abordé dans la phase opérationnelle qui sera suivi d'une phase d'évaluation.

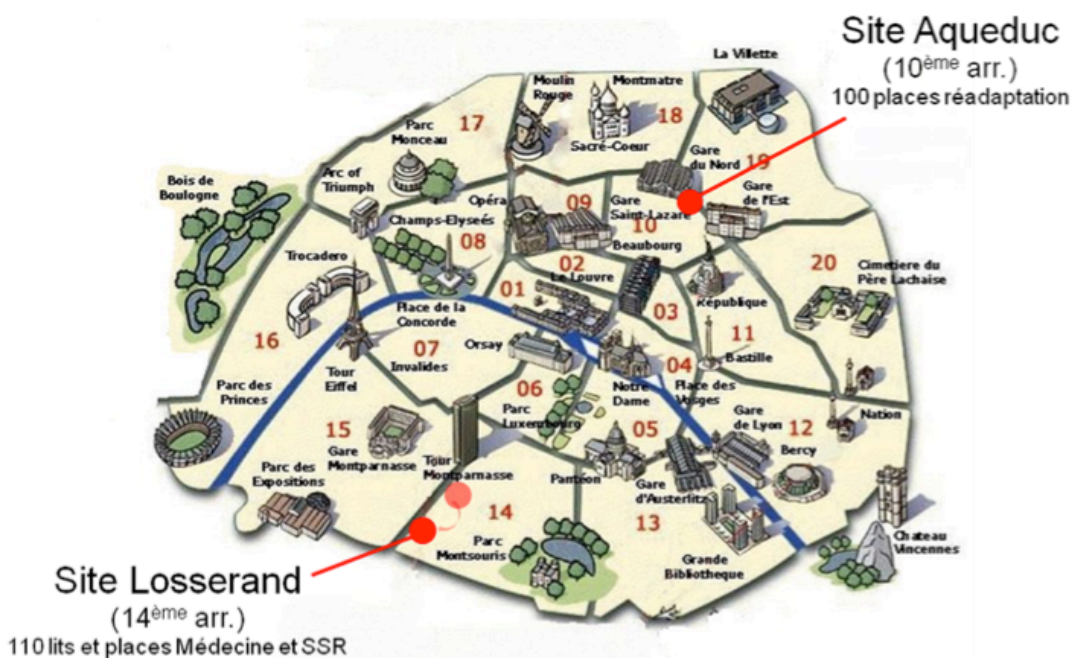
La dernière partie s'attache à énoncer des préconisations pour le suivi de l'accompagnement.

1 PRESENTATION DE L'HOPITAL LEOPOLD BELLAN, CONTEXTE DE RESTRUCTURATION

L'hôpital Léopold Bellan (HLB) est un établissement de santé privé à but non lucratif et d'intérêts collectifs (ESPIC)³. Il a été créé en 1920 par Léopold Bellan, humaniste et philanthrope, homme d'affaire et politique. L'hôpital appartient aujourd'hui à la Fondation Léopold Bellan qui regroupe 56 établissements et services répartis dans quatre secteurs d'activité (l'enfance en difficulté, le handicap mental, psychique et sensoriel, les personnes âgées dépendantes et la santé) et situés en Ile de France, Picardie et Région Centre. L'hôpital Léopold Bellan est l'un des premiers établissements de la fondation. Il fait partie des trois établissements de la fondation présents dans le secteur sanitaire.

L'hôpital Léopold Bellan est réparti sur deux sites géographiques à Paris, reconnus comme deux entités sanitaires dans le SROS : le site Acqueduc (10^{ème} arrondissement) et le site Losserand (14^{ème} arrondissement).

Plan de Paris



³ Loi 2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Le site Losserand, qui a ouvert en mars dernier, provient de la restructuration et du déménagement du site principal et historique de Montparnasse. Jusqu'en Mars 2015, l'hôpital disposait de 208 lits et places en court et moyens séjours répartis sur le site Acqueduc (100 places) et le site Montparnasse (108 lits).

La restructuration du site Montparnasse s'est déroulée en deux phases (2009 et 2015). L'HLB comportait, avant 2009, un bloc opératoire, un service d'urgence, un plateau technique d'imagerie, un laboratoire, des activités de chirurgie, un service de soins de suite et rééducation sclérose en plaques (SSR SEP) ainsi que des activités de médecine (neurologie, médecine interne et rhumatologie).

Les deux phases de restructuration ont conduit à la disparition de l'ensemble de ces activités pour une réorientation complète vers la gériatrie et un partenariat avec l'hôpital Saint Joseph pour les activités médico-techniques.

Cette partie décrit le contexte, les raisons et les conséquences de cette restructuration.

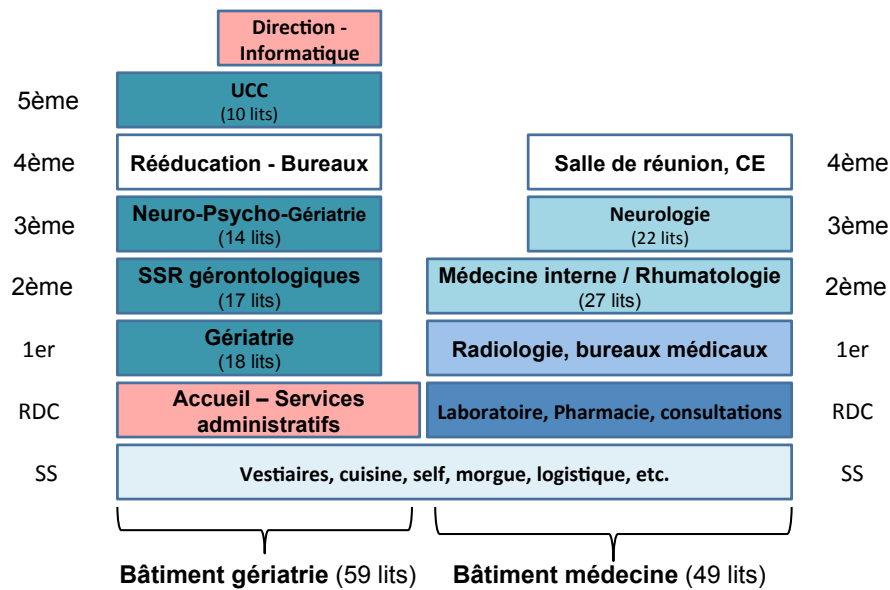
1.1 L'hôpital avant le déménagement (mars 2015)

Jusque fin février 2015, l'hôpital Bellan était réparti sur les deux sites géographiques Montparnasse et Acqueduc.

1.1.1 Le site principal Montparnasse, devenu site Losserand

Avant mars 2015, le site Montparnasse regroupait sur deux bâtiments un plateau médico-technique, des activités de médecine ainsi que des activités gériatriques de courts et moyens séjours.

Le site Montparnasse



1.1.1.1 Le pôle gériatrique

Il était constitué de quatre unités regroupées en deux services : gériatrie et neuro-psycho-gériatrie. Ces activités existent toujours aujourd’hui dans une autre configuration. Les unités de médecine gériatrique (18 lits) et de neuropsychogériatrie (14 lits) accueillent la personne âgée malade au moment d’une pathologie aiguë, sur appel du médecin traitant ou du médecin d’établissement d’hébergement pour personnes âgées (EHPAD), ou via un service d’urgences (le plus souvent du GHPSJ). Les unités de soins de suite gérontologiques (17 lits) et l’unité cognitivo-comportementale (10 lits), ont pour mission la réhabilitation autour des thématiques gériatriques centrées sur la qualité de vie (douleur, nutrition, marche , etc.)

1.1.1.2 Le pôle médecine

Il comprenait trois spécialités réparties sur deux unités.

- Le service de médecine interne et rhumatologie (27 lits) accueillait des patients atteints de polyopathologies, de maladies infectieuses, cancérologiques avec une orientation particulière en endocrinologie et en cardio-vasculaire ainsi que des patients atteints de lombalgies, lombosciatiques, cervico-brachiales, rhumatismes inflammatoires.
- Le service de neurologie (22 lits) prenait en charge l’ensemble des pathologies neurologiques et notamment les patients atteints de maladie de Parkinson, sclérose en plaques, douleurs chroniques, accident vasculaire cérébral.

1.1.1.3 Le pôle médico-technique

Il comprenait un service de biologie médicale polyvalent et un service d'imagerie médicale (imagerie conventionnelle).

1.1.2 Le site Acqueduc

Ce site n'a pas été affecté par la restructuration. Il comprend deux unités d'hôpital de jour :

- L'unité de médecine physique et de réadaptation (80 places) est dédiée à la rééducation des troubles orthopédiques et neurologiques.
- L'unité de réadaptation cardio-vasculaire (20 places) prend en charge des patients atteints d'affections cardio-vasculaires opérées et non opérées.

1.2 Contexte du projet de restructuration et de déménagement

En premier lieu, nous analyserons les facteurs externes ayant conduit à la restructuration de l'hôpital Léopold Bellan : l'évolution du système de santé français et la modification du financement des établissements de santé.

Dans un deuxième temps, nous aborderons les choix qui ont guidé la direction concernant les modifications d'activité, le déménagement ainsi que les partenariats envisagés. Les deux phases de la restructuration seront présentées.

1.2.1 Evolution du système de santé

Le système de santé français est considéré comme l'un des plus performants au monde⁴. Il est basé sur les principes suivants : solidarité, libre choix du médecin traitant, qualité des soins, égalité des soins pour tous. Dès 1945⁵, le système de sécurité sociale française, inspiré du modèle allemand (bismarckien) et du modèle britannique (beveridgien), est basé sur la solidarité nationale avec la mise en place d'un régime obligatoire financé principalement par la cotisation des ménages en fonction de leurs revenus. La loi CMU⁶ (couverture médicale universelle) votée en 1999 complète ce principe en permettant l'accès aux soins aux personnes ne bénéficiant pas de la sécurité sociale.

⁴ Communiqué de presse de l'OMS, 21 juin 2000, « l'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde » http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/

⁵ Ordonnance 45-10 du 4 octobre 1945 et ordonnance 45-2454 du 19 octobre 1945

⁶ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392loi du 27/07/1999>

Ce principe de solidarité et d'égalité des soins tend cependant à s'amenuiser. Comme cela va être abordé par la suite, l'offre de soins est très inégale géographiquement et l'équilibre des recettes et des dépenses du système de santé ne permet plus l'égalité des soins.

Le financement des dépenses de santé est partagé entre la Sécurité Sociale, les organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Etat et les ménages. La Sécurité Sociale assurait, en 2013, en moyenne 76% de la prise en charge⁷. Les recettes ne parviennent plus à compenser les dépenses de santé. Le déficit de la Sécurité Sociale a atteint 13,2 milliards d'euros⁸ en 2014.

Les dépenses de santé connaissent un taux de croissance important et cet accroissement est multifactoriel⁹. L'aspect démographique avec un vieillissement de la population a de multiples impacts. D'une part, les personnes âgées sont davantage consommatrices de soins et d'autre part, la proportion des actifs diminue, mettant en péril le dispositif de solidarité générationnelle. Par ailleurs, les progrès des techniques de soins et l'innovation accroissent le coût de la santé. Enfin, l'évolution sociétale avec un patient plus informé et plus exigeant tend à aboutir parfois à une surconsommation de prestations de soins.

Les dépenses de santé comprennent la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) correspondant aux soins hospitaliers, soins de ville, à la médecine préventive, aux médicaments et autres biens médicaux. Ces dépenses sont complétées par des dépenses de prévention, recherche, formation, indemnités journalières, coûts de gestion et subvention. Le total correspond à la dépense courante de santé (DCS) qui s'élève à 247 milliards d'euros en 2013¹⁰ et représente 11,7% du produit intérieur brut.

Pour limiter ces dépenses, les pouvoirs publics ont engagé plusieurs mesures ces dernières décennies.

⁷ Rapport Les comptes nationaux de la santé en 2013
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013-synthese.pdf

⁸ Rapport juin 2015. Les comptes de la sécurité sociale.
<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf> p 11

⁹ D. RAYNAUD, L. CAUSSAT, F. HADA (2007) Perspectives à long terme des dépenses de santé. Les leviers de la croissance française, pp 145-183

¹⁰ ZAIDMAN, C., et al. (2014). Comptes nationaux de la santé 2013 - Edition 2014 (p. 247). France: DRESS. Retrieved from http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf P9

Principalement, chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) met en œuvre des mesures pour réguler les dépenses et limiter le déficit. Elle fixe notamment l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM¹¹) pour encadrer les dépenses futures de santé. L'ONDAM intègre un objectif des dépenses à ne pas dépasser pour les soins de ville, les soins d'hospitalisations publique et privée ainsi que les établissements médicaux sociaux.

La régulation de la politique de santé passe également par la gestion d'un panier de soins. La Haute autorité de santé (HAS)¹² joue un rôle important, en tant qu'instance d'expertise scientifique pour conseiller les pouvoirs publics sur les stratégies de soins, de prescription, de remboursements des médicaments par le biais notamment des évaluations médico-économiques. On assiste ainsi à un désengagement de la sécurité sociale sur certains postes (déremboursement de médicaments ou biens médicaux). Ces mesures ont pour conséquence de transférer les prises en charges non remboursées aux organismes d'assurance maladie complémentaire et aux ménages, ce qui peut contribuer à renforcer les inégalités.

La maîtrise des dépenses se joue aussi dans sa dimension territoriale à travers la régulation de l'offre. Renforcer l'ancrage territorial pour l'adapter aux besoins de la population est un objectif poursuivi par toutes les réformes hospitalières depuis les années 1990. Le SROS créé depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 permet de répartir géographiquement l'offre de soins et se décline au niveau des territoires de santé. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) a renforcé cette logique de décentralisation. L'organisation territoriale est pilotée au niveau régional par les Agences régionales de santé (ARS). Celles-ci délivrent les autorisations d'activité et les notifications budgétaires des établissements de santé. Par ailleurs, dans un souci d'efficacité, la coopération entre établissements de santé devient une priorité de la politique nationale d'organisation des soins. La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière avait institué les syndicats interhospitaliers permettant des coopérations entre établissements et notamment la mise en commun d'équipements et de services. Ces instruments de coopérations ont été étendus par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour les groupements d'intérêt publics (GIP) et les groupements d'intérêt économiques (GIE). Les groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Le cadre juridique des GCS a évolué avec les lois du 27 juillet 1999, du 4 mars 2002 relative aux droits des

¹¹ Créé par l'Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹² Créée par la loi 2004-810 du 13/08/2004 relative à l'assurance maladie

malades et à la qualité du système de santé. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a permis de faciliter ces coopérations par une nouvelle évolution juridique. Enfin, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée une nouvelle forme de coopération, la communauté hospitalière de territoire (CHT).

1.2.2 Evolution du système de financement des établissements de santé

Comme nous l'avons vu, depuis les années 1990, les réformes hospitalières visent à organiser et à répartir l'offre de soins en fonction des besoins de la population. Elles ont également pour objectif de réguler les dépenses de santé qui sont en très forte croissance.

Jusqu'en 1983, le système d'allocation de ressources des établissements de santé était fondé sur le prix de journée. Le financement était calculé à partir du nombre de journées d'hospitalisation qui déterminent l'activité. Ce système a trouvé ses limites. Il incitait à la prolongation des durées de séjour et il s'est révélé inflationniste. Dans le but de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, ce mode de financement fut remis en cause et remplacé par la dotation globale de financement (DGF). A partir de 1983, la dotation globale permit de maîtriser l'augmentation des dépenses hospitalières. Ce système de financement reconduisait chaque année le budget alloué l'année précédente modifié par un taux directeur déterminé par le ministère de la santé. Il était également possible de solliciter des moyens supplémentaires pour des missions spécifiques. Cependant, ce modèle comportait plusieurs limites : la dotation était indépendante du volume d'activité et de son évolution dans le temps et cela n'incitait pas à l'optimisation des coûts de production ; le système maintenait des inégalités existantes entre les hôpitaux ; il maintenait également un mode dual de financement avec d'un côté celui des établissements publics et privés non lucratifs, et de l'autre celui des cliniques privées.

La généralisation du PMSI (programme de médicalisation du système d'information) en 1995¹³ qui a permis de décrire l'activité médicale, fut l'origine d'une réforme majeure de financement des hôpitaux. La grille du PMSI propose une classification des pathologies sous forme de groupes homogènes de malades (GHM). Associé à une tarification des séjours dès 2005, le PMSI permit un nouveau mode de calcul du financement directement lié, cette fois, à l'activité réalisée. La tarification de l'activité (T2A)¹⁴ (qui remplace la DGF) évaluée en terme de séjours hospitaliers est une réforme d'ampleur qui inverse le système d'allocation des

¹³ Circulaire DH/DSS/95 23 du 10 mai 1995

¹⁴ Loi LFSS du 18 décembre 2003

ressources puisque ce sont les recettes qui vont conditionner les dépenses et non l'inverse (pour la dotation globale). L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)¹⁵ remplace le budget. En conséquence, la réforme de la T2A introduit une incertitude nouvelle sur le budget annuel des hôpitaux. Les objectifs de cette réforme étaient de limiter les dépenses d'hospitalisation en assurant un pilotage plus efficace par une meilleure connaissance des coûts, d'harmoniser les modes de financements et de tendre vers une convergence des secteurs publics et privés.

La production des données du PMSI devient alors stratégique puisqu'elle conditionne une partie du chiffre d'affaire (qualité, volume, structure) et de trésorerie (délai de production). Les incidences de cette réforme impactent la réflexion stratégique des directions et les comportements des professionnels de santé. On tend par exemple à une certaine uniformisation en matière de durées de séjours pour une pathologie donnée. En effet, les groupes homogènes de séjours (GHS) sont normés en terme de durée de séjour avec une borne haute et basse. Les écarts sont sanctionnés financièrement. Par ailleurs, le suivi de l'activité médicale et des recettes, et leur adéquation avec les dépenses devenant essentiel, les outils de gestion et d'analyse des données de comptabilité analytique se sont considérablement développés. La réforme a été mise en œuvre pour le secteur MCO (médecine chirurgie obstétrique) progressivement à partir de 2005. Le financement lié à l'activité pour le secteur SSR est annoncé pour 2016.

1.2.3 Impact de la mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital Bellan

Jusqu'en 2005, l'hôpital Léopold Bellan, comme tous les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, était financé par dotation globale forfaitaire. Ainsi, l'équilibre budgétaire de l'hôpital était assuré puisque le budget alloué prenait en compte un niveau de dépenses autorisé par l'autorité de tarification, indépendamment du niveau d'activité.

A partir de 2005, la T2A a été mise en place à l'hôpital Bellan pour les activités de médecine et chirurgie. La mise en place de la T2A a montré que l'hôpital était surdoté par rapport à son activité et cela l'a donc conduit progressivement vers un déficit budgétaire. En 2008, le déficit d'exploitation a dépassé 2M€, soit 8% des 25,7M€ de recettes. Ce déficit devait rapidement se creuser compte tenu de l'application progressive de la réforme et de la baisse des tarifs de l'Assurance Maladie alors que les charges augmentent naturellement.

¹⁵ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

1.2.4 Avenir incertain de la chirurgie

Jusqu'en 2009, l'hôpital disposait d'une activité chirurgicale en orthopédie et en proctologie. Il était d'ailleurs reconnu et régulièrement classé numéro un pour son activité proctologique. Compte tenu de l'objectif du SROS de concentrer l'offre chirurgicale et de réduire le nombre de lits et places, le maintien de son autorisation de chirurgie était plus qu'incertain.

Par ailleurs, d'un point de vue budgétaire, le maintien de cette activité chirurgicale devenait difficile en raison des exigences réglementaires liées au fonctionnement d'un bloc opératoire, très contraignantes pour une faible activité.

1.2.5 Orientation gériatrique

Dans ce contexte d'incertitude liée au déficit croissant et au non renouvellement de son activité chirurgicale, l'HLB devait réorienter son activité pour éviter de disparaître. C'est notamment parce que la Fondation œuvre dans la prise en charge des personnes âgées que l'hôpital a choisi de se réorienter vers la gériatrie.

L'orientation gériatrique répond également à une demande très forte dans le territoire sanitaire 75.3 défini par le SROS. En effet les populations du 14^{ème} et 15^{ème} arrondissement sont caractérisées par un indice de vieillissement (taux de personnes âgées de plus de 65 ans) très élevé (74.3 contre 45.48 en île de France et 62.9 en France métropolitaine). De plus, le pourcentage de personnes de plus de 75 ans est supérieur à 8% dans ces deux arrondissements. Ces arrondissements sont également très densément peuplés (137 734 et 236 480 habitants)¹⁶. Il s'agit donc d'un bassin d'attractivité important avec un taux élevé de personnes âgées. C'est pour répondre à ce besoin spécifique que l'HLB a souhaité s'orienter vers la gériatrie.

Le développement de cette activité gériatrique est conforme aux orientations du SROS PRS Ile de France. « *Le vieillissement de la population et la part croissante des pathologies chroniques dans l'activité hospitalière nécessiteront le renforcement de l'offre de soins dans plusieurs domaines directement liés à la prise en charge de ces patients comme la gériatrie aiguë, l'hospitalisation à domicile, les activités de liaison et coordination et les soins palliatifs* »¹⁷. Selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, la croissance des séjours pour les

¹⁶ Source INSEE 2010

¹⁷ SROS PRS Ile de France Le volet hospitalier

<http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf> p 45

personnes âgées de plus de 65 ans a d'ailleurs été observée sur l'ensemble des territoires encore en 2013¹⁸.

1.2.6 Nécessité d'un partenariat avec le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

Par ailleurs, dans un souci d'une efficacité économique, la recherche d'une coopération avec un autre établissement était fondamentale. Elle vise notamment à réduire les coûts des plateaux médico-techniques. Une coopération permet également d'assurer la continuité des activités arrêtées par l'HLB.

En 2009, l'hôpital a conclu un accord de partenariat avec le GHPSJ. Ce partenariat prévoyait une cession réciproque d'activités, une coopération pour l'utilisation des plateaux techniques ainsi qu'un rapprochement géographique.

Le GHPSJ est un hôpital privé à but non lucratif, participant au service public. Il est né en 2006, du rapprochement des activités sanitaires de trois hôpitaux du Sud Parisien : Hôpital Saint Joseph, Notre Dame de Bon Secours et Hôpital Saint Michel, auxquels s'ajoute l'institut de formation en soins infirmiers Paris Saint Joseph.

Le Groupe fonctionne en partenariat avec plusieurs hôpitaux : le Centre de santé Marie Thérèse, la Fondation Sainte Marie pour les soins de suite et de réadaptation, l'Hôpital Léopold Bellan pour la filière gériatrique, l'AURA (association pour l'utilisation du rein artificiel), l'Union des Blessés de la Face et de la Tête qui contribue au financement de l'innovation et de la recherche dans le GHPSJ, et l'Institut Jérôme Lejeune.

1.2.7 Projet de restructuration en deux phases

La sauvegarde de l'hôpital Léopold Bellan ne pouvait se faire que par le déménagement du site principal dans l'enceinte du GHPSJ afin de faciliter les coopérations et réduire les coûts. Dans l'attente de la construction du nouvel hôpital, une restructuration partielle et immédiate était nécessaire afin de limiter le déficit. Le projet a donc nécessité deux phases de restructuration depuis 2009.

¹⁸ Analyse de l'activité hospitalière 2013
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2606/rapport_2013_essentiel_0.pdf p22

1.2.7.1 Phase transitoire (2009-2013)

La première phase du projet, dite projet transitoire, a débuté par le transfert de l'ensemble des activités chirurgicales de l'hôpital vers le GHPSJ, et la fermeture du service SSR SEP et du service des urgences. En parallèle, l'hôpital a ouvert un pôle gériatrique de courts et moyens séjours (59 lits) dont une grande partie des lits provenaient du GHPSJ (ex-hôpital St Michel et centre SSR de Saint Brice sous Forêt).

Cette activité gériatrique s'inscrit dans le cadre de la filière gériatrique¹⁹ du sud parisien en partenariat avec :

- La Fondation hospitalière Sainte Marie pour l'accueil des activités de soins de suite et réadaptation gérontologiques et soins post-opératoires gériatriques ;
- Le GHPSJ qui comporte un service ambulatoire constitué d'une consultation gériatrique et mémoire labellisée, adossée à un hôpital de jour d'évaluation, un service de gériatrie aiguë et une équipe mobile de gériatrie.

Pour compléter l'offre de soins gériatriques et conformément au plan Alzheimer 2008-2012, l'hôpital a également ouvert une unité cognitivo comportementale (UCC²⁰) en 2010.

1.2.7.2 Projet cible (Mars 2015)

La deuxième phase, dite projet cible, vise au retour à l'équilibre budgétaire. Elle conduit au déménagement sur un bâtiment neuf situé dans l'enceinte du GHPSJ (site Losserand), entièrement dédié à la prise en charge gériatrique.

L'objectif initial des directions des deux établissements était d'éviter de se faire concurrence avec des activités similaires sur un même site géographique, chacun ayant de la neurologie, de la médecine interne, de la rhumatologie et de la gériatrie. L'hôpital Léopold Bellan se spécialiserait donc en mono-activité gériatrique sur son nouveau site, en reprenant les derniers lits et places du GHPSJ. La filière gériatrique est ainsi modifiée :

¹⁹ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

²⁰ ANNEXE 1: CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS ALZHEIMER 2013

La filière gériatrique de Paris-sud (2015)

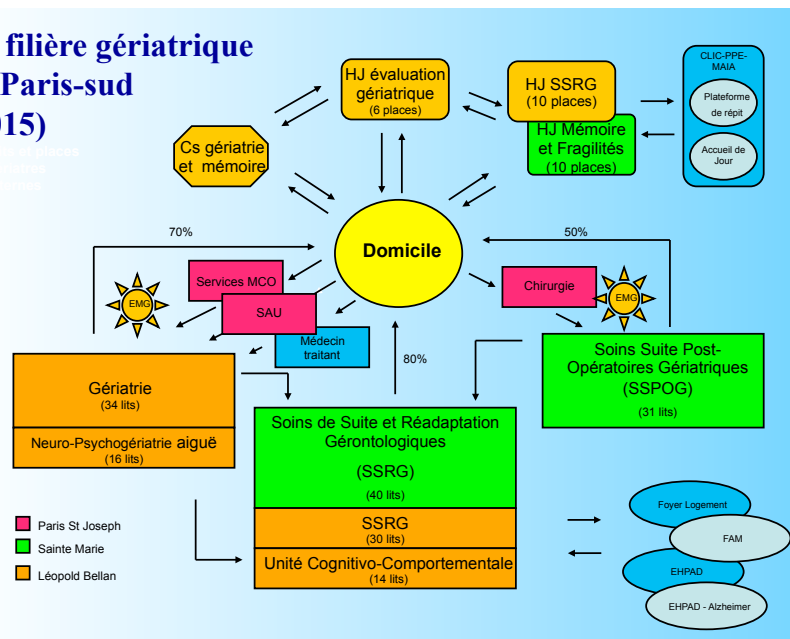


Schéma élaboré par le coordonnateur médical de la filière gériatrique de Paris-sud

Le projet prévoyait de fermer les autres activités médicales de l'hôpital Bellan (médecine interne, neurologie, rhumatologie) et de les transférer vers le GHPSJ.

En parallèle, afin de réduire fortement les coûts, il fut décidé de fermer également les services de radiologie et de biologie de l'hôpital Bellan, ces activités seront assurées par le GHPSJ. Dans le même objectif et afin d'améliorer les horaires d'ouverture de la pharmacie à usage intérieur (PUI), la fermeture de la PUI Bellan fut également actée. Un GCS PUI serait créé avec le GHPSJ, reprenant les moyens de la PUI du GHPSJ. Ainsi que le souligne l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), lors des restructurations, les décisions prises ont parfois des « impacts sur les autres établissements de la zone, entre lesquels se repartira l'activité autrefois réalisée par la structure, et qui pourront par ailleurs récupérer une partie de ses moyens dans le cadre d'un transfert d'autorisation. Ces décisions sont donc à la fois des mesures de retour à l'équilibre pour l'établissement concerné et des opérations de restructuration de l'offre de soins sur le territoire »²¹.

²¹ IGAS (2012), « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? » IGAS, mars 2012, RM2012-020P, présenté par F. LALANDE, C. SCOTTON, P-Y. BOCQUET, J-L. BONNET, p 138

1.3 Nouveau projet de l'hôpital

Cette partie aborde le nouveau projet de l'hôpital. Après avoir précisé le financement de cette restructuration, le projet architectural ainsi que les différents partenariats avec le GHPSJ seront détaillés. L'impact de cette restructuration sur le personnel sera ensuite développé.

1.3.1 Financement du projet

Le projet cible de l'hôpital est entièrement lié à la construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir le site Montparnasse actuel. Un bail de construction d'une durée de 50 ans (bail emphytéotique) avec le GHPSJ a été signé pour un montant de 6 M€²². Les travaux ont démarré le 21 juin 2013. Le coût total de l'opération de 22 M€ est financé par un emprunt de 15,8 M€, une aide de l'ARS de 2 M€ et un apport de 4,2 M€ de la Fondation Bellan. La cession du foncier du site Montparnasse couvrira les dépenses engagées par la Fondation pour le projet de restructuration de l'hôpital (apport et déficit cumulé).

1.3.2 Projet architectural

Cette nouvelle phase de restructuration n'a pas pu se faire plus tôt en raison du temps nécessaire, et surtout des étapes préalables à sa mise en œuvre (réalisation des voiries et réseaux divers, conclusion d'un bail à construction, dépôt et instruction du permis de construire). C'est donc la livraison du futur bâtiment qui conduit l'échéance du projet.

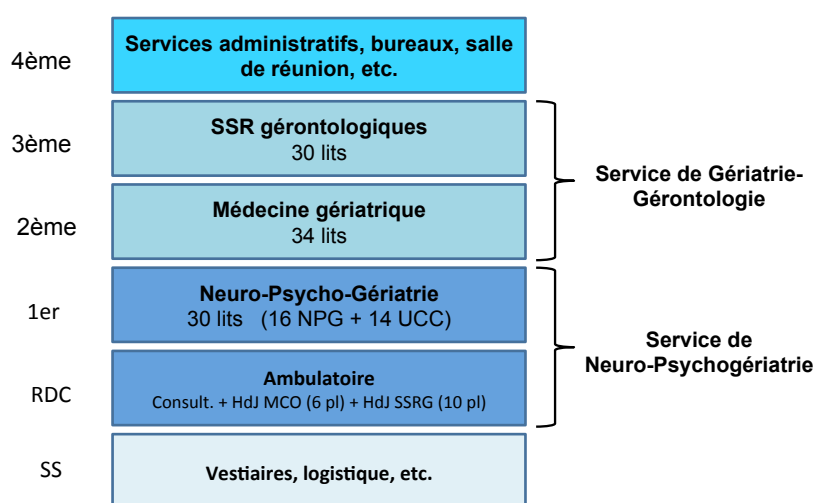
Le nouveau bâtiment de l'hôpital est situé à proximité du service d'urgences du GHPSJ. Il est de forme cubique, traversé par deux patios, homogène dans son traitement architectural.



²² Rapport annuel 2013. Fondation Léopold Bellan

La construction comporte cinq niveaux sur un sous-sol : l'accueil, les admissions, les consultations et les deux hôpitaux de jours sont installés au rez-de-chaussée, l'unité de Neuro-Psycho-Gériatrie, de médecine gériatrique, de SSR gérontologiques disposent chacun d'un niveau (1 à 3). Les bureaux, les services administratifs et la salle de réunion sont au 4ème étage, le sous-sol abrite les locaux techniques et les vestiaires du personnel.

L' ORGANISATION DU NOUVEAU BÂTIMENT



L'élaboration du projet architectural a fait l'objet de nombreuses concertations avec les professionnels. L'unité cognitivo-comportementale a été conçue en respectant le cahier des charges réglementaire pour ce type d'activités²³.

La nouvelle construction apporte de nombreux bénéfices tant pour les patients que pour le personnel. Ce nouveau bâtiment, du point de vue architectural et du point de vue de ses équipements, marque un progrès indéniable en comparaison du bâtiment situé rue Vercingétorix. Par exemple, les services comportent une majorité de chambres seules qui sont toutes équipées de douches particulières et certaines dotées de lèves-malades intégrés dans le plafond. De même, les locaux sont sécurisés par des portes à ouverture magnétique afin d'éviter les fugues des patients.

²³ Cahier des charges des unités cognitivo-comportementales en SSR
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2011/Annexe-3-Circulaire-Alzheimer-15-08-08.pdf>

1.3.3 Partenariats avec le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

1.3.3.1 Reprise de l'activité gériatrique du GHPSJ par l'hôpital Léopold Bellan

Conformément à l'accord conclu entre les deux établissements en 2009, le GHPSJ a cédé à l'HLB l'ensemble de son activité gériatrique au moment du déménagement dans le nouveau bâtiment en mars 2015. Ces activités comprenaient :

- le service de médecine gériatrique de 15 lits,
- l'activité d'hôpital de jour d'évaluation gériatrique (6 places)
- les consultations gériatriques et les consultations mémoires,
- l'équipe mobile de gériatrie.

Pour ce transfert, les contrats de travail des salariés du GHPSJ rattachés à ces activités ont été transférés à l'HLB par l'effet des dispositions de l'article L. 1224-1²⁴ du code du travail (entité économique autonome). Ces soignants ont donc été transférés dans le futur service de médecine gériatrique. Dans la suite du document, le terme d'unité de gériatrie aiguë (UGA) sera utilisé pour nommer ce service.

1.3.3.2 Transfert de la neurologie vers le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

De la même manière, conformément à l'accord cadre de 2009, le service de neurologie de l'hôpital Bellan a été transféré vers le GHPSJ. Ce transfert comprend l'activité d'hospitalisation ainsi que les consultations neurologiques. Le service de neurologie a été transféré dans son intégralité avec l'équipe médicale et paramédicale ainsi que leurs contrats de travail conformément aux dispositions de l'article L. 1224-1 du code du travail.

En revanche, le service de médecine interne et rhumatologie n'a pu être transféré et a donc été fermé au moment du déménagement.

1.3.3.3 Coopérations médicales entre les deux hôpitaux

La principale coopération concerne les plateaux médico-techniques. En effet, afin de bénéficier de tarifs négociés, l'hôpital Léopold Bellan confie désormais ses examens de laboratoire et de radiologie au GHPSJ. Les prélèvements de sang sont adressés au laboratoire du GHPSJ via le réseau pneumatique commun. Par ailleurs, le service de radiologie du GHPSJ est

²⁴ Article L. 1224-1 du code du travail

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006900875>

très accessible puisqu'il se situe dans le bâtiment voisin vers lequel un accès direct a été réalisé. Le brancardage est assuré par l'hôpital Bellan dans la journée en semaine, et le reste du temps par l'équipe de brancardiers du GHPSJ via une programmation informatique.

Un autre projet majeur entre les deux établissements concerne la pharmacie. Afin de réduire le coût de gestion de la pharmacie de Bellan tout en offrant une permanence 24/24, le GHPSJ a accepté de mettre en commun sa PUI via un GCS. Après deux ans de discussions, le GCS PUI a été autorisé par l'ARS en décembre 2014. Ce GCS PUI devait s'appuyer sur les moyens de l'ancienne PUI du GHPSJ afin de délivrer les médicaments dans les services des deux établissements. Le GCS a réuni son assemblée générale qui a acté la demande d'autorisation de la PUI auprès de l'ARS début janvier 2015. Fin février, alors que l'ARS était sur le point de délivrer cette autorisation, le GHPSJ l'a stoppée en raison de l'impact fiscal de la rétrocession de médicaments. Depuis le déménagement de l'hôpital sur le site Losserand, la PUI du site Montparnasse a été fermée et le circuit des médicaments des patients est désormais pris en charge par la PUI du GHPSJ. Ce partenariat de délivrance par une PUI externe a été autorisé par l'ARS pour une durée de un an en attendant une autre solution répondant au cadre juridique (GCS avec un autre partenaire, PUI HLB).

Enfin, l'hôpital Bellan a également confié ses dossiers médicaux au GHPSJ. Cette sous-traitance répond à la problématique des transferts croisés des activités : le GHPSJ ayant besoin des anciens dossiers de neurologie de Bellan, et inversement pour les dossiers gériatriques du GHPSJ. Elle permet également de réduire les coûts. Les dossiers de l'hôpital Bellan sont regroupés dans des salles d'archivage dédiées et sont facilement accessibles.

1.3.4 Projet informatique

Le partenariat avec le GHPSJ autour de la pharmacie, de la radiologie et du laboratoire justifiait pour l'hôpital de se doter d'outils communs afin de pouvoir échanger plus facilement et plus rapidement les informations d'un patient. Dès les premières discussions entre les deux établissements en 2008, émergeait l'idée d'un identifiant patient (IPP) commun afin de pouvoir échanger les informations médicales et administratives. L'idée était de caler le système d'information de l'hôpital Bellan sur celui du GHPSJ de façon à éviter la ressaisie d'informations lors de la prise de rendez-vous de consultations, d'examen, de bilans biologiques et de réduire les coûts de facturation.

Début 2012, l'hôpital Bellan s'est doté de CERNER (logiciel de gestion d'administration du patient), logiciel qu'utilise le GHPSJ. En parallèle des projets de notre hôpital, le GHPSJ

connaissait une montée en puissance de son système d'information hospitalier (SIH). Dès 2012, les prescriptions y devenaient informatisées et leur objectif est maintenant d'atteindre le zéro papier en 2015. Pour l'hôpital Bellan, il devenait évident de se doter du même logiciel médical que le GHPSJ afin de permettre les prescriptions connectées.

Cette volonté pour l'hôpital Bellan de moderniser son SIH est en accord avec la politique nationale de santé. En effet la DGOS a lancé depuis novembre 2011 le programme Hôpital numérique²⁵ dont le but est de rendre les SIH plus performants pour améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en assurant la sécurité des données. Les objectifs du programme Hôpital Numérique sont pris en compte dans la politique régionale de santé définie par les ARS et notamment par le biais des CPOM signés avec les établissements de santé. L'ARS a signé avec l'hôpital Bellan un CPOM en 2013 dont l'un des objectifs est de « *Moderniser et élever le niveau de maturité des Systèmes d'information hospitaliers (SIH)* »²⁶. Le programme Hôpital numérique prévoit également un soutien financier sur les domaines fonctionnels prioritaires.

C'est donc dans ce contexte que l'hôpital Bellan a fait l'acquisition en 2014 du logiciel DX Care de Medasys (logiciel utilisé par le GHPSJ) de façon à prévoir le déploiement des prescriptions informatisées dès le déménagement. Celles-ci alimentent un plan de soins informatisé. Le reste du dossier de soins a également été informatisé dans l'UGA dès le déménagement, et sera déployé courant 2015 dans les autres services. L'UGA est le seul service qui accueille des soignants du GHPSJ (qui sont déjà utilisateurs de DX Care), c'est pourquoi il a été décidé d'initier l'informatisation du dossier de soins dans ce service.

Grâce à ces outils identiques, les échanges d'informations administratives et médicales sont facilités entre les deux établissements et permettent d'assurer une meilleure fluidité dans le parcours du patient (premier diagnostic au service des urgences, séjour à l'HLB, examens au GHPSJ).

²⁵ DGOS Programme hôpital numérique. La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012/2017

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_hopital_numerique_-_Feuille_de_route_-_2014-2.pdf

²⁶ CPOM 2013 - 2018

1.3.5 Réorganisation des services de soins

Le nouvel hôpital est organisé de la manière suivante :

- Au rez-de-chaussée, un hôpital de jour de médecine gériatrique de 6 places et un hôpital de jour SSR psychogériatriques de 10 places ;
- Au premier étage, une unité de neuro-psychogériatrie de 30 lits (16 lits de médecine et 14 lits UCC) ;
- Au deuxième étage, une unité de gériatrie aiguë de 34 lits ;
- Au troisième étage, une unité de SSR gérontologiques de 30 lits

Cette réorganisation des services de soins a entraîné une refonte totale des plannings ainsi qu'une nouvelle répartition des effectifs soignants. La répartition des effectifs a été décidée courant janvier 2015. Les soignants ont eu la possibilité de proposer leur choix de service par ordre de préférence. Des critères de départage négociés avec les organisations syndicales ont été appliqués en cas de nécessité.

Concernant le bio-nettoyage, une nouvelle organisation a été prévue. Dans le but de mieux répartir les tâches entre les agents de service hôtelier (ASH), une centralisation de l'ensemble des personnels ASH a été mise en place. Cette organisation implique que les personnes affectées dans les services de soins interviennent également par moment dans les autres locaux de l'hôpital. Ces personnels sont encadrés depuis le déménagement par un responsable de l'hébergement.

1.3.6 Chiffres clés de l'hôpital avant et après le déménagement

	2014	Projet cible (à partir de mars 2015)
Nombre de salariés	274 (234 ETP)	210 (178 ETP)
Budget	22 M€	19 M€
Nombre de lits en hospitalisation complète MCO	81	50
Nombre de lits en hospitalisation complète SSR	27	44
Nombre de place en HDJ	100 (site Acqueduc)	116 (100 sur le site Acqueduc)
Nombre de consultations	9400	1500
Nombre d'examens	9200	
Nombre de séjours	4000	4500
Nombre de journées	54000	57000

1.3.7 Impact de la réorganisation sur le personnel

1.3.7.1 Impact social de la réorganisation

Avant le déménagement, l'hôpital Bellan comportait 274 postes en contrat à durée indéterminée, soit 234 ETP. Le projet de restructuration a entraîné 72 suppressions de poste (dont 23 postes de médecins et pharmaciens) et 13 modifications de contrat de travail.

Les négociations du plan de sauvegarde de l'emploi (PSE) avec les organisations syndicales se sont déroulées de janvier à mai 2014 et ont abouti à un accord majoritaire validé par la DIRECCTE (directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) en juin 2014. Les mesures de cet accord ont été mises en place dès juillet 2014.

Sur les 72 suppressions de postes, les mesures du PSE ont conduit à :

- 14 départs naturels (retraite, démission, inaptitude)
- 29 départs volontaires
- 5 reclassements vers le GHPSJ
- 3 reclassements à la fondation Bellan
- 21 licenciements économiques

1.3.7.2 Conséquences pour les soignants réintégrés dans le nouvel hôpital

Pour le personnel qui a été transféré dans le nouvel hôpital, c'est d'abord un changement de lieu de travail, même si le nouvel hôpital est toujours situé dans le 14^{ème} arrondissement. Une grande partie des salariés voient leur temps de trajet augmenter de près de 15 minutes, principalement ceux venant en train à la gare de Montparnasse à proximité de l'ancien site.

Le déménagement induit également un changement des conditions de travail. Au-delà du bâtiment neuf et de services plus grands en superficie au sein desquels le personnel doit prendre ses repères, les conditions de travail ont également fortement évolué par la modification des organisations (plannings nouveaux, plateaux médico-techniques du GHPSJ) et des moyens matériels (matériels neufs, informatisation du dossier patient).

Enfin, le déménagement et la restructuration ont également conduit à la recomposition des équipes soignantes. En effet, le départ de salariés dans le cadre du PSE, la modification des ratios des effectifs soignants et la fermeture du service de médecine interne qui nécessitait la réaffectation du personnel non médical ont justifié le choix de réaffecter l'ensemble du personnel comme il a été précisé précédemment. Les personnels se sont donc retrouvés en grande partie au sein d'équipes nouvelles.

Dans ce contexte, un accompagnement au changement parut nécessaire pour différentes catégories de personnels :

- le personnel de neurologie, transféré sur le GHPSJ,
- le personnel des anciens services de gériatrie de l'HLB, affecté dans les nouveaux services de l'HLB,
- le personnel de médecine interne qui n'a jamais travaillé en gériatrie, affecté à l'un des services du nouvel hôpital Bellan,
- les personnels repris du GHPSJ avec les activités gériatriques,
- les ASH qui sont regroupées dans un service central.

Ce projet managérial aborde donc l'accompagnement au changement dans le cadre d'une restructuration importante et un déménagement. Il s'appuiera sur l'exemple plus spécifique de l'UGA. Ce service est en effet le plus important du nouveau site en nombre de lits, de séjours et d'effectifs soignants. En plus des mêmes changements que les autres services, il a également la particularité d'intégrer l'équipe de gériatrie reprise par le GHPSJ avec une culture différente et d'être le service pilote pour l'informatisation complète du dossier de soins.

2 ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE L'EQUIPE PARAMEDICALE DE L'UNITÉ DE GÉRIATRIE AIGUE

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les restructurations hospitalières se sont accrues et elles ont fait l'objet de multiples analyses. Cette partie détaillera plusieurs aspects qui seront utiles pour mener le projet d'accompagnement au changement. Puis, après l'analyse de la situation, les ressources et les contraintes du projet seront présentées. Enfin, après avoir déterminé les choix stratégiques, le plan d'action sera décliné dans la phase opérationnelle. Suivra un plan d'évaluation du projet.

Les différentes étapes du projet sont planifiées sous forme d'un diagramme de Gantt²⁷.

2.1 Analyse des restructurations hospitalières dans la littérature

Il s'agit en premier lieu de s'arrêter sur l'évolution de l'organisation du travail à l'hôpital. La modification des tâches est-elle prise en compte dans les restructurations ? Nous verrons comment ces changements peuvent être vécus et comment cette période peut être source d'inquiétudes et de préoccupations.

2.1.1 L'évolution de l'activité soignante

Lors des restructurations hospitalières, l'organisation du travail ainsi que le contenu même du travail est modifié. D'après RAVEYRE et UGHETTO²⁸, cet aspect n'est souvent pas pris en compte par les organisations syndicales qui se focalisent sur les effectifs, les salaires, les horaires. Le contenu du travail qui est pourtant « *le cœur des conditions d'exercice concret de l'activité* » « *ne donne pas lieu à des négociations ouvertes* »²⁹. Pourtant l'activité de soins a été considérablement modifiée et les restructurations s'accompagnent de changements majeurs au niveau des tâches à effectuer, à leur articulation. On observe une densification du travail, une exigence accrue de la part des malades, des familles.

²⁷ ANNEXE 2 : DIAGRAMME DE GANTT

²⁸ RAVEYRE M. et UGHETTO P. *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières*, Revue française des affaires sociales 2003/3 (n° 3), pp 95-119

²⁹ Ibid., p. 116

L'intensification du travail s'explique en partie par : l'augmentation des actes administratifs en raison d'une augmentation de la traçabilité³⁰ ; par l'informatisation qui a déplacé une partie des tâches qui relevaient auparavant du secrétariat et des admissions vers les services de soins. Les soignants ont toujours l'impression de ne pas travailler correctement et de ne pas être suffisamment auprès du malade. Comme le dit ACKER³¹, le travail d'écoute et d'accompagnement du patient est difficile à planifier et à quantifier. Par conséquent, dans un contexte de recherche de productivité et d'efficacité accrue, il arrive que les soignants « *mettent en balance le fait de s'engager dans une relation dont elles ne peuvent à l'avance maîtriser la durée et le fait de continuer de s'inscrire dans leur plan de travail d'ensemble* »³².

Les contraintes physiques sont, certes, allégées mais il semblerait que la charge mentale soit accentuée. Ainsi que le souligne FERRONI, « *Gérer au meilleur coût, rendre compte, justifier, planifier, évaluer, (...) constituent autant de rationalités étrangères à la logique médicale et soignante* »³³. Cet aspect du travail contraint fortement le quotidien des professionnels.

Par ailleurs, les protocoles « *introduisent en même temps, en s'accumulant, un excès de paramètres et de contraintes et, par là même, brouillent les éléments permettant à chacun de s'organiser* »³⁴.

De plus, lors des restructurations, les pratiques très diverses dans les unités confrontent les équipes à une nouvelle mise en cohérence et de nouveaux modes de coordinations. Les tâches se trouvent en conséquence redéfinies. « *L'hôpital semble avoir connu des évolutions majeures du contenu du travail et de la nature des tâches sans que, à un quelconque moment, la question ait été posée de la manière dont l'organisation du travail s'en trouvait interrogée* »³⁵.

En conséquence, d'après RAVEYRE et UGHETTO, il apparaît que des modes d'ajustement informels s'établissent entre les agents.

³⁰ ACKER F. *Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*, Revue française des affaires sociales 2005/1 (n°1), p. 176

³¹ Ibid., p 171

³² Ibid.

³³ FERRONI I. *Evolutions institutionnelles, transformations de l'activité : le contexte des restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix*, Sciences Sociales et Santé, Vol. 24, n°4, décembre 2006. p. 132

³⁴ RAVEYRE M. et UGHETTO P. (2003). *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières*, Revue française des affaires sociales 2003/3 (n° 3), p 105

³⁵ Ibid., p 105

2.1.2 La période de deuil et de reconstruction de l'identité professionnelle

L'analyse de 12 restructurations hospitalières par J P DUMOND³⁶ nous renseigne sur les répercussions psychiques vécues par les professionnels. Les restructurations hospitalières sont dorénavant courantes. Bien que « *souvent menées en dépit de l'inquiétude des personnels concernés* »³⁷, elles transforment le rapport au travail puisque la stabilité de l'emploi n'est plus assurée. Des psychologues sociaux ont montré que ces restructurations entraînent des traumatismes, une perte d'identité assimilable à un deuil.

« *Pour ceux qui les dirigent comme pour ceux qui les vivent sans les avoir choisis, c'est-à-dire qui les subissent, les fusions constituent en premier lieu des épreuves* »³⁸. En effet, elles engendrent des situations de stress. Elles conduisent à des situations traumatisantes, notamment pour les plus âgés (plus de 50 ans) qui ont sans doute plus de mal à quitter leur cadre familial de travail.

Cependant, les restructurations représentent aussi l'opportunité de s'investir dans de nouveaux projets, « *une chance à saisir* »³⁹. Selon l'étude menée par J.P DUMOND⁴⁰, les attentes des soignants lors de l'annonce et à l'issue de la fusion concernent l'acquisition de nouvelles compétences, l'amélioration des pratiques professionnelles et le travail en équipe.

Il faut donc prendre en compte ces deux aspects : d'une part le côté destructeur avec l'éclatement des équipes et la disparition du cadre de travail, d'autre part la reconstruction avec des attentes favorables avec des projets d'amélioration.

C'est dans cette dynamique émotionnelle ambivalente que va se jouer un nouvel équilibre transactionnel. En effet, les restructurations entraînent notamment pour les soignants des changements des conditions de travail (changement des horaires, recomposition de l'équipe), une modification des tâches (certaines tâches peuvent disparaître au profit d'autres qui se rajoutent). Toutes ces transformations sont des opportunités de négociation. Elles peuvent apparaître comme des gains ou des pertes potentielles.

La reconstruction de l'individu passe aussi par une modification des normes professionnelles. Ces normes souvent tacites conditionnent par leur respect l'adhésion à une

³⁶ DUMOND J-P. *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. Sciences sociales et santé*, Volume 24, n°4, 2006, pp 97-127

³⁷ Ibid., p 97

³⁸ Ibid., p 104.

³⁹ Ibid., p 104

⁴⁰ Ibid., p 105

équipe. Les normes peuvent différer d'une équipe à l'autre. Elles donnent en quelque sorte la couleur du service de par le style de management conduit par le cadre, les relations avec l'équipe médicale. Lors des fusions, de nouvelles normes sont à construire pour que les équipes puissent travailler ensemble, se faire confiance. Il est important que chacun puisse se repérer rapidement dans son nouvel espace de travail. « *La qualité, la sécurité dans le travail en dépendent* »⁴¹. Et il « *se pose la question des compétences, des conceptions du travail et de la domination potentielle d'une équipe sur l'autre* »⁴². Cet aspect semble très important à prendre en compte dans les changements et les fusions d'équipes. Il apparaît que dans les unités où des rencontres préalables au déménagement ont pu être réalisées (travail sur des pratiques communes) la restructuration se soit mieux déroulée.

Dans les études citées, les personnels développent des arguments d'ordre économiques et stratégiques pour justifier des fusions (amélioration de l'efficacité, attractivité) mais les professionnels sont aussi nostalgiques d'un autre monde idéal et regrettent la dynamique gestionnaire.

Les restructurations impliquent également une reconstruction identitaire. Le soi au travail englobe la personne physique et son environnement de travail. La restructuration entraîne la mort d'un hôpital, d'un service, d'une équipe, « *la fin d'une entité si familière qu'il s'agit d'un deuil* »⁴³.

2.1.3 Les différentes phases de préoccupation traversées par les professionnels

BAREIL et SAVOIE⁴⁴ ont décrit différentes phases traversées par les individus pendant cette période. Il apparaît pertinent de comprendre les réactions psychologiques des personnels qui subissent le changement car celles-ci peuvent être des facteurs d'échec des changements organisationnels.

Le concept de base est celui de la résistance au changement qui se manifeste habituellement par un ensemble de réactions de défense qui mettent en échec le changement organisationnel. Les auteurs préfèrent parler de « transition » plutôt que de changement. La transition désigne « *un processus intérieur d'assimilation du changement* »⁴⁵ et celle-ci est

⁴¹ Ibid., p 110

⁴² Ibid., p 110

⁴³ Ibid., p 116

⁴⁴ BAREIL C et SAVOIE A. *Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel*. Gestion, volume 24, n°3, automne 1999, pp 86-94

⁴⁵ Ibid., p 87.

individuelle alors que le changement est collectif. Le modèle retenu par les auteurs décrit quatre phases réactionnelles (le choc, la résistance, l'exploration, l'implication).

Ils proposent également une approche cognitivo-affective fondée sur l'étude des phases de la préoccupation. La transition serait alors « *une chronologie de préoccupations décrites en situations opérationnelles et facilement modifiable, ordonnée selon une séquence évolutive non aléatoire* »⁴⁶. Le changement entraîne des préoccupations et celles-ci sont plus ou moins intenses en fonction de la personne.

BAREIL⁴⁷ a décrit sept phases de préoccupations. Ayant suivi le projet de restructuration dès son démarrage en 2009, j'ai pu identifier chacune de ces phases chez plusieurs collaborateurs.

Dans la phase 1 (annonce du changement), la personne n'a aucune préoccupation, elle se montre indifférente au changement futur et continue son travail comme avant, elle ne prend pas vraiment l'annonce du changement au sérieux. Le nouvel hôpital n'en est qu'au stade du projet architectural. Il convient à ce stade d'affirmer la volonté de la réorganisation sans toutefois noyer le personnel sous une masse d'informations trop importante. Certains personnels sont restés effectivement longtemps incrédules face à ce projet de restructuration (pourtant clairement annoncé dès 2009).

La phase 2 se caractérise par des préoccupations liées à la sécurité de l'emploi. L'incertitude entraîne un sentiment de perte de sécurité que les managers doivent reconnaître. BAREIL précise qu'en cas de réorganisation qui entraînerait des licenciements, il faut préciser les critères, rassurer et apporter un soutien aux personnes qui devront quitter l'organisation. Il faut également permettre la discussion avec le personnel. Cette phase a été ressentie très vivement à l'hôpital puisque plusieurs activités ont été suspendues entraînant le licenciement de personnels médicaux, paramédicaux, administratifs.

Pendant la phase 3, le salarié s'interroge sur le sérieux de cette réorganisation. Cette réorganisation sera t-elle viable ? Va t'elle s'inscrire dans le temps ? La direction doit alors clarifier les enjeux et expliquer les choix stratégiques qui ont motivé le projet. Les objectifs à atteindre doivent être précisés.

⁴⁶ Ibid., p 89

⁴⁷ BAREIL C. (2004), Gérer le volet humain du changement. Montréal, les éditions Transcontinental, p 81

La phase 4 porte sur la nature du changement. Les salariés s'interrogent en détail à propos de cette réorganisation. Ils cherchent à connaître quels seront les avantages et les inconvénients du changement et c'est à ce stade qu'il faut informer davantage, préciser la planification du projet, aborder les bénéfices et les pertes pour les personnels.

Cet auteur pense donc qu'il ne faut pas diffuser toute l'information au début mais qu'il faut respecter les différentes phases. En fait, dans le projet de restructuration de l'hôpital Bellan, la direction a été contrainte pendant longtemps à ne donner aucune information avant le début du PSE au risque de délit d'entrave envers les instances du personnel.

Au démarrage du projet d'accompagnement, les personnels se trouvaient dans la phase 3 ou 4. La période de septembre 2014 à février 2015 a été marquée par des questionnements nombreux, un besoin de précision sur les futures conditions de travail et les organisations. La plupart des personnels souhaitaient connaître leur planning futur dès novembre / décembre 2014 dans le souci d'organiser la vie privée et de prévoir les aménagements nécessaires mais les affectations des personnels n'ont été annoncées que mi janvier après la fin des négociations syndicales sur les nouveaux plannings. En janvier, les préoccupations de la plupart des personnels se situaient en phase 4. Les professionnels avaient hâte de voir la nouvelle construction et de tout connaître du nouveau projet.

La phase 5 concerne les préoccupations centrées sur les compétences. Le salarié est disposé à s'impliquer dans le changement mais il doute de ses capacités. Il ne sait plus comment il faut s'organiser. Le management doit rassurer sur les compétences nécessaires, faciliter l'apprentissage, proposer des solutions pratiques. Il fut très important durant cette phase de rassurer les soignants notamment face à l'appropriation du nouveau logiciel pour le dossier de soins (plusieurs personnes se sont montrées très inquiètes à ce sujet).

Ce n'est qu'à l'issue de cette phase que certains seront enclins à la collaboration. Les deux dernières phases de préoccupation ne se rencontrent pas chez tous les salariés. A la phase 6 centrée sur la collaboration, l'encadrement doit proposer des groupes de travail, des espaces d'échanges et de partage d'idées avec le personnel. Les personnes motivées pourront être des ressources pour le changement.

Dans la phase 7, il s'agit de préoccupations concernant l'amélioration continue. La réorganisation peut représenter un défi pour certains. Le manager doit valoriser et encourager ces manifestations.

Les auteurs remarquent tout de même que certaines personnes (peu nombreuses) ne suivent pas ce modèle de préoccupations. Certains seront enthousiasmés dès le début par le changement, d'autres s'y opposeront et résisteront très longtemps.

Selon la théorie de BAREIL et SAVOIE, la réussite d'un changement organisationnel se joue au niveau du choix et de la mise en œuvre de la réorganisation ainsi que dans le soutien aux personnels.

Il est donc nécessaire d'analyser les réactions du personnel pour réussir le changement. Cette théorie permet au manager d'anticiper les réactions des personnels et d'apporter des réponses adaptées. Les changements organisationnels sont difficiles et ils s'effectuent au rythme de l'évolution des préoccupations des personnels au cours du processus de transition. Un cadre qui comprend les besoins des salariés pourra améliorer ce processus.

2.2 Analyse du changement organisationnel

La future organisation peut être également présentée sous forme analytique avec ces trois dimensions⁴⁸:

2.2.1 Dimension fonctionnelle

« Une organisation est une entité au service d'une mission qu'elle vise à remplir, on peut supposer au mieux, dans un environnement qui la justifie et qui est mouvant »⁴⁹.

La dimension fonctionnelle se définit notamment par :

✓ La valeur ajoutée

Avec la restructuration et le déménagement de l'HLB, la gériatrie s'inscrit au sein de la filière gériatrique du Sud parisien. L'unité de gériatrie aiguë est donc au cœur de ce dispositif. Les vocations du service sont d'accueillir et de prendre en charge le malade âgé polypathologique en situation de crise médico sociale aiguë dans le but de le réhabiliter et ensuite organiser le retour et le maintien au domicile. Les missions sont donc l'accueil, l'interdisciplinarité, l'expertise, l'efficience. La réorganisation permettra donc une meilleure

⁴⁸ DUMOND J-P. (2014, 2015) Les organisations de santé « *La Grande Transformation Hospitalière* », Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC. pp 137 - 139

⁴⁹ Ibid., p 137

prise en charge du patient dans des bâtiments optimisés ainsi qu'une montée en compétence des personnels.

✓ **Le périmètre**

Géographiquement, le nouvel établissement est situé au sein de la cité hospitalière avec d'autres hôpitaux : GHPSJ, Fondation Sainte Marie, Arago et AURA.

Le projet se conçoit également dans une large coopération avec l'hôpital Saint Joseph (laboratoire, imagerie, pharmacie, flux de patients provenant des urgences, collaboration avec la réanimation, équipe mobile de soins palliatifs). La restructuration implique donc une modification des frontières de l'hôpital.

La division horizontale se trouve transformée par une nouvelle organisation du travail des ASH, impliquant une collaboration entre AS et ASH pour certaines tâches.

2.2.2 Dimension politique

Dans toute organisation, il existe des rapports de force et des jeux de pouvoir. La future organisation doit permettre le partage des savoirs mais les professionnels ne s'impliqueront dans la nouvelle organisation que s'ils y perçoivent un intérêt. La dynamique du partage du savoir se traduit selon un arbitrage entre le coût perçu du partage et les bénéfices qui peuvent en résulter. Entre l'employeur et l'employé, se joue le jeu des contributions en échange des rétributions. D'où l'intérêt de bien cerner quelles peuvent être les attentes de chaque acteur (reconnaissance, projet professionnel, etc.)

La mise en place de la nouvelle organisation génère aussi beaucoup d'incertitudes chez les soignants. Le déménagement et la restructuration impliquent un bouleversement des conditions de travail avec, notamment, une modification des tâches et une évolution de l'agencement de celles-ci. Mais l'incertitude laisse aussi la place à une marge de manœuvre potentielle.

La communication est une étape essentielle du projet et elle devra être privilégiée en amont du déménagement. C'est dans les échanges que pourront se construire la coopération des acteurs.

La démarche participative⁵⁰ est un concept qui repose sur la mise en place d'espaces d'échanges interprofessionnels. Les objectifs poursuivis sont l'amélioration de la communication, de l'écoute, de la reconnaissance, des pratiques. C'est un modèle de prévention de la souffrance au travail et elle permet d'améliorer l'efficacité des soins. Selon NALLET, « *La démarche participative est un modèle de management s'inscrivant dans une éthique de communication, intégrant la culture de la reconnaissance de soi et de l'autre et favorisant les échanges* »⁵¹.

2.2.3 Dimension culturelle

Dans cette organisation, la culture peut notamment se caractériser par une conception du soin.

Le travail en gériatrie confronte les soignants à la mort, à la déchéance physique et psychique et les soignants sont souvent démunis pour aborder ces questions⁵².

Le travail en gériatrie est peu valorisé mais il est aussi complexe que dans d'autres services plus prestigieux. Il comporte pour une part importante la dimension relationnelle (avec les patients et leur famille) ainsi que la dimension technique des soins. La dimension globale du soin prend ici toute son importance.

Le travail est parfois vécu comme une « *somme contraignante de gestes d'entretien sur des corps anonymes* »⁵³. La personne âgée est synonyme de dépendance, régression, confusion mentale. Les soins des paramédicaux sont souvent envisagés comme des routines (toilette, alimentation, changes, etc.) ou comme une privation de la liberté en cas d'agressivité, de risque de chute ou fugue (contentions physiques et ou chimiques). L'idéal thérapeutique est sans cesse mis en contradiction dans la pratique gériatrique. L'écart important entre l'idéal du soin et la pratique culpabilise le soignant.

Il est donc essentiel de réfléchir à l'organisation du travail, à la mise en œuvre d'un travail en équipe, la mobilisation des compétences et la répartition des ressources humaines.

⁵⁰ COLOMBAT P. (2012), Qualité de vie au travail et management participatif. Rueil-Malmaison, les éditions LAMARRE, p 77

⁵¹ HAS – Haute Autorité de Santé – Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis, p 25

⁵² BADEY- RODRIGREZ C. *Lutter contre les rigidités organisationnelles*. Les personnes âgées en institution, Vie ou survie. Etre soignant en gériatrie, un défi ? , Les dossiers du psychologue, n° 8 Septembre 2012 <http://ch-vdb.fr/download/Etresoignantengeriatrie.pdf>

⁵³ LE BRETON D. cité par BADEY- RODRIGREZ C. *Lutter contre les rigidités organisationnelles*. Les personnes âgées en institution, Vie ou survie. Etre soignant en gériatrie, un défi ? , Les dossiers du psychologue, n° 8 Septembre 2012, p 2

Selon plusieurs auteurs⁵⁴, le travail en binôme infirmier et aide-soignant apporte de nombreux bénéfices en gériatrie. Il renforce notamment le partage et la complémentarité des pratiques soignantes.

La culture se caractérise également par des pratiques langagières et comportementales. Les rituels, les coutumes seront à construire dans cette nouvelle équipe pour qu'elle devienne un collectif de travail.

Ces trois dimensions « *restent indissociables car elles s'étayent l'une l'autre pour donner sens et naissance à l'organisation* »⁵⁵.

2.3 Phase diagnostique du projet

La première étape du projet consiste à établir un état des lieux des organisations existantes avant le déménagement.

La phase d'enquête requise pour l'analyse de la situation, sera déclinée sur les quatre axes d'observation définis par F MINET: stratégique, démographique, relationnel et technique.

⁵⁴ BONNERY A M. *Le travail en binôme en gérontologie*, Soins gérontologiques n°107 mai/juin 2014 et DUMONT M. *Mise en place et bénéfices du binôme en court séjour gériatrique*, , Soins gérontologiques n°107 mai/juin 2014

⁵⁵ Cours Master 2 J-P DUMOND Les organisations de santé « *La Grande Transformation Hospitalière* » p 138

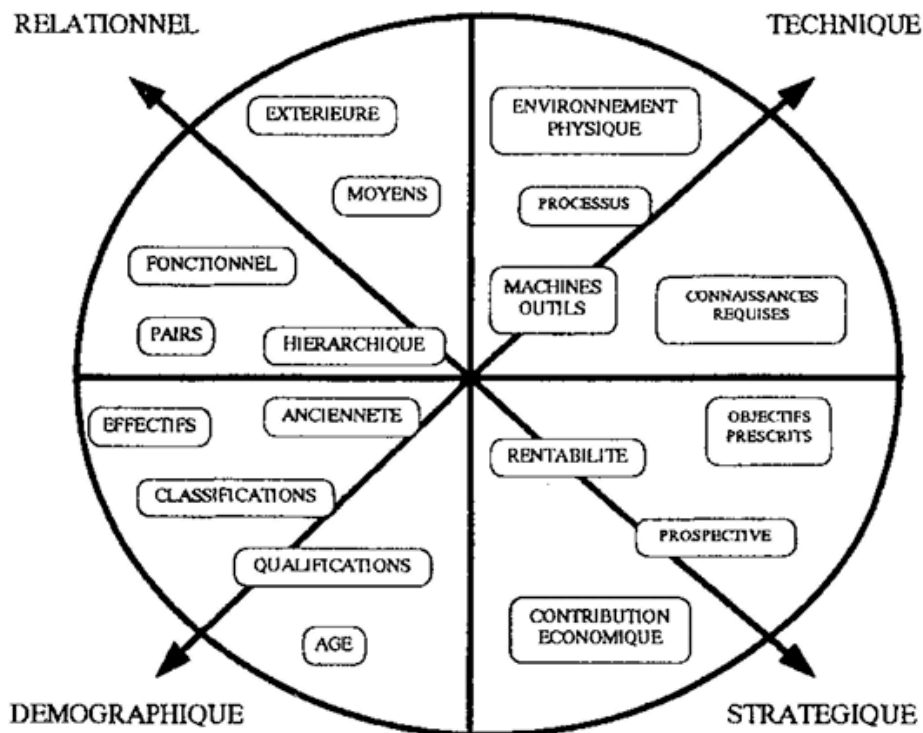


Figure 3 : Axes d'observation pour l'analyse du travail.

Figure issue de « L'Analyse de l'activité et la formation des compétences »⁵⁶

La vocation de ce travail n'est pas de réaliser une analyse du travail exhaustive mais de se centrer sur les éléments qui me semblent les plus pertinents à la réalisation de ce projet d'accompagnement. En effet, « L'analyse du travail elle-même peut aussi être envisagée et conduite à partir d'idées inadéquates et que, quelle que soit la méthode utilisée, nous pouvons ne découvrir et comprendre seulement ce que les idées que nous avons au départ nous permettent de découvrir et de comprendre »⁵⁷.

La méthode utilisée comprend l'analyse des documents institutionnels (projet d'établissement, fiches de poste, fiches de tâches, plannings, etc.) ainsi que des entretiens conduits à plusieurs niveaux : auprès des cadres des anciennes UGA de l'HLB et du GHPSJ, auprès du chef de service, auprès d'un gériatre de l'UGA du GHPSJ, auprès des professionnels (IDE et AS) des deux unités.

⁵⁶ MINET F. (1995). L'Analyse de l'activité et la formation des compétences. Paris : L'Harmattan p 47

⁵⁷ MAYEN, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. Recherche en éducation, 4, p. 51

Les entretiens⁵⁸ conduits auprès des professionnels répondent à deux objectifs. Ils permettent d'une part de recueillir des données pour analyser le travail des soignants et d'autre part de connaître leur ressenti par rapport au changement.

L'entretien doit permettre de comprendre ce que fait le professionnel (description des tâches), comment est organisé le travail, les relations dans le travail. Il faut toutefois être attentif au fait que ce que dit le professionnel n'est pas forcément ce qu'il fait mais ce qu'il devrait faire, « *il convient de bien repérer la conduite par rapport aux procédures officielles* »⁵⁹.

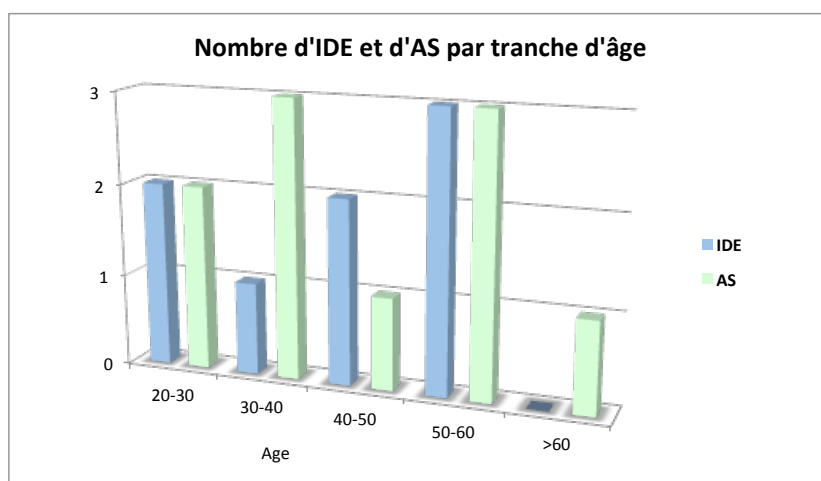
2.3.1 Axe démographique

2.3.1.1 Effectifs, âge, ancienneté dans la structure

Détail des effectifs du service UGA

	Effectifs	GHPSJ	HLB	Age	Ancienneté dans la structure
IDE	8	3	5	25 à 57 ans	2 à 21 ans
AS	10	5	5	26 à 60 ans	1 à 33 ans

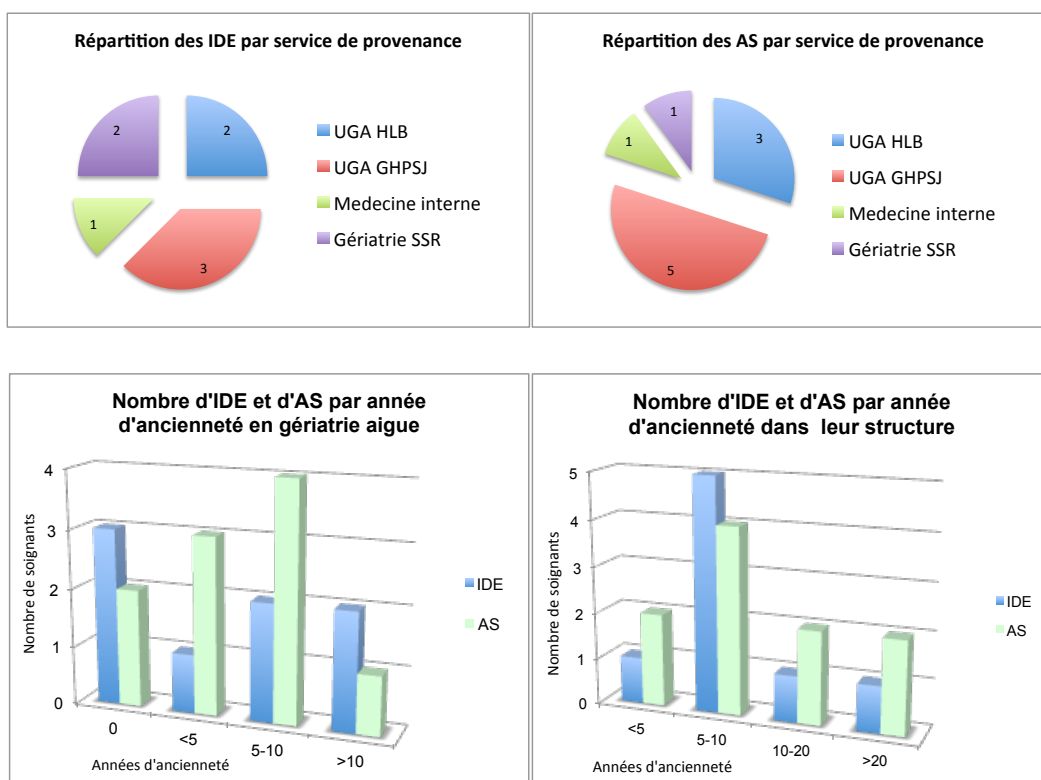
Parmi les soignants, 33% travaillent de nuit (2 IDE et 4 AS), 38% des IDE et 40% des AS ont plus de 50 ans, 3 soignants ont plus de 20 ans d'ancienneté dans leur établissement.



⁵⁸ ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES IDE ET AS

⁵⁹ Université de PAU – 12 méthodes pour analyser le travail des opérateurs.
http://web.univ-pau.fr/~lompre/documents/Lompre_Web_Methodes.pdf

2.3.1.2 Service de provenance et ancienneté en gériatrie



Sur les 18 soignants, 8 proviennent du GHPSJ. Parmi les 10 autres personnes, 5 ne travaillaient pas auparavant en UGA : 3 personnes travaillaient en SSR gériatriques et 2 en médecine interne.

50% des effectifs ont une expérience supérieure à cinq ans en UGA. L'ancienneté en gériatrie est à relativiser et n'est pas nécessairement synonyme de compétences. Cette ancienneté n'est pas à considérer sur le même plan à l'HLB et dans le service de gériatrie du GHPSJ. Certains ont fait le choix de rester à l'hôpital Bellan en 2009 après la première phase de la restructuration qui a vu la fermeture des activités de chirurgie et la réorientation vers des activités de gériatrie. Ces choix n'étaient pas forcément guidés par le désir de travailler en gériatrie mais plutôt par les bénéfices attendus lors du plan de sauvegarde de l'emploi de 2009 (aménagement des temps de travail avantageux, primes de transfert, etc.) D'après HERZBERG, les conditions de travail et la rémunération ne sont pas des facteurs pérennes de motivation et de satisfaction au travail⁶⁰. Selon cet auteur, d'autres critères peuvent être pris en compte tels que la responsabilisation, la reconnaissance, le développement de l'autonomie et l'accomplissement personnel. En ce qui concerne le GHPSJ, la situation est différente. Le service

⁶⁰ ANNEXE 4 : FACTEURS DE MOTIVATION DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL

de gériatrie, dans sa configuration au moment du transfert, date de 2011. Les personnels ont fait le choix de travailler dans ce service et, si certains ont une ancienneté importante, c'est parce qu'ils ont suivi ce service qui a subi plusieurs restructurations et plusieurs déménagements (fusion de l'hôpital Notre Dame de Bon Secours et de l'hôpital Saint Michel avec l'hôpital Saint Joseph).

2.3.1.3 La formation

Lors des entretiens individuels, je me suis intéressée aux formations professionnelles précédemment suivies par les soignants. La plupart ont suivi des formations continues proposées dans leur unité (soins palliatifs, agressivité du patient, Alzheimer, gestes d'urgence, etc.) La moitié d'entre eux n'a cependant pas suivi de formation durant les deux dernières années, soit parce qu'ils étaient trop récents dans la structure, soit par choix. On peut constater que certains se forment davantage que d'autres et que ce sont ces mêmes personnes qui ont tendance à se former davantage chaque année. Une IDE a suivi un diplôme universitaire de gériatrie, participe à la rédaction d'articles dans une revue professionnelle infirmière et dispense de la formation professionnelle sur le thème de la gériatrie dans plusieurs établissements hospitaliers.

Parmi la population de soignants, on peut citer les cas particuliers suivants: une IDE de nuit a 57 ans et 21 ans d'ancienneté à l'hôpital Bellan, et une IDE de jour a 14 ans d'ancienneté en gériatrie au GHPSJ dans des services différents au grès des regroupements et des déménagements des hôpitaux. Ce déménagement aura été pour cette dernière le quatrième. La situation de ces deux professionnelles est toutefois très différente. Dans le premier cas, l'IDE de nuit travaille depuis très longtemps de nuit à l'hôpital Bellan. Son rapport au travail est lié à la stabilité, elle a toujours la même collègue, elle n'a pas eu de nouveaux apprentissages depuis longtemps et ne se forme pas. Le changement lui fait peur. Dans le deuxième cas, l'IDE a subi plusieurs restructurations, plusieurs déménagements, changements de collègues et d'organisations de travail, et elle se forme activement. Son rapport au travail, même si elle travaille toujours en gériatrie, est lié à la mobilité, et travailler avec des personnes nouvelles n'est pas source d'inquiétude pour elle. En conclusion, en fonction de l'expérience professionnelle et du vécu au travail, le changement sera perçu de manière différente pour les soignants.

2.3.1.4 Choix du service

Comme il l'a été précisé précédemment, les personnels de l'HLB ont du se prononcer en faveur d'un choix pour leur service d'affectation. L'hôpital comportant des postes dans trois services en hospitalisation complète et un en hospitalisation de jour, quatre alternatives furent proposées. Parmi les dix soignants du service provenant de l'HLB, huit ont été affectés dans le service correspondant à leur premier choix. Une IDE de nuit et une AS de nuit ont été affectées dans le service correspondant à leur troisième choix.

2.3.1.5 Compétences et capacités des acteurs

Selon JOBERT, la compétence se définit « *comme une capacité de la personne à mobiliser des ressources disponibles, en elle-même ou dans l'environnement matériel et humain et à les combiner de façon pertinente aux caractéristiques particulières et évolutives de telle ou telle situation* »⁶¹. Mais JOBERT précise également que le processus de la compétence « *ne se développera pourtant que dans la mesure où des conditions favorables seront réunies, au sein de la situation de travail ou plus exactement au sein du système humain de travail* »⁶².

Dans les deux unités observées avant le déménagement, il n'existait pas de cartographie des compétences. De plus, l'entretien en tant que technique d'enquête a une portée limitée quand il s'agit d'interroger les professionnels sur la manière d'effectuer leur travail et leur degré de maîtrise de celui-ci. Les IDE (à part l'IDE venant du SSR) ont toutes déclaré maîtriser les soins techniques (nombreux en gériatrie aiguë). Les AS ont décrit des tâches qui relèvent de l'aide et à la suppléance dans la vie quotidienne de patients âgés. Tous, cependant, ont relaté des situations de soins où ces actes soignants s'insèrent dans un contexte particulier. Les patients sont âgés, polypathologiques, parfois atteints de troubles cognitifs. Cette particularité rend la situation de soins complexe et singulière. Plusieurs soignants ont souligné leur difficulté à prendre en soins correctement le patient dans des circonstances particulières (aider au repas lorsqu'il y a trop de patients dépendants, prendre en charge des patients qui chutent, fuguent, effectuer des soins de nursing à des malades lourds physiquement). Trois soignants ont déclaré se sentir en difficulté dans les situations de prise en charge palliatives. Cinq soignants ont relevé le problème et l'aspect chronophage de la gestion des familles. Les difficultés ressenties sont parfois en lien avec l'organisation du travail ou avec les relations avec les médecins. Une IDE, de

⁶¹ BOURRET P. (2011), Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital, Editions Seli Arslan, p 16

⁶² Ibid., p 16

part son expérience, sa formation, apparaît comme une ressource importante en raison de son expertise en gériatrie⁶³.

Par ailleurs, la nouvelle organisation impose l'informatisation du dossier de soins. L'enjeu est important pour l'hôpital, et l'UGA est pilote dans ce domaine. Les professionnels du GHPSJ connaissaient déjà ce logiciel (utilisé dans leur établissement depuis quatre ans). Ceci est un atout indéniable dans la nouvelle équipe.

2.3.2 Axe stratégique

2.3.2.1 Caractéristiques des patients accueillis

La moyenne d'âge des patients hospitalisés est de 89 ans⁶⁴. Ils proviennent majoritairement du service des urgences du GHPSJ et présentent en moyenne cinq pathologies dont l'une au moins est décompensée. Les pathologies principalement rencontrées sont neuro-cognitives (confusions, démences, dépressions, etc.), locomotrices (chutes, traumatisme, accident vasculaire cérébral, etc.), cardiorespiratoires et métaboliques⁶⁵.

2.3.2.2 Les missions

La mission générale des soignants et des médecins dans le nouveau service de gériatrie est d'accueillir le malade âgé polypathologique en situation de crise médico-sociale aiguë, mettre à plat la problématique aiguë et les comorbidités, réhabiliter, organiser le retour et le maintien au domicile avec les partenaires médico-sociaux.

Le travail en gériatrie comporte pour une part importante la dimension relationnelle (avec les patients et leur famille) ainsi que la dimension technique des soins.

Les principes qui guident l'action de l'encadrement ainsi que celle des équipes soignantes sont⁶⁶ :

- Le respect et la valorisation de la personne âgée, de ses choix et de ses décisions
- La valorisation de l'accueil du patient et de son entourage
- L'identification des pathologies aiguës et chroniques responsables de l'hospitalisation, et l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé centré sur les problèmes

⁶³ ANNEXE 5 : EXTRAIT D'ENTRETIEN IDE JOUR GHPSJ

⁶⁴ Source Rapport d'activité Département d'Information Médicale

⁶⁵ Top 10 GHM (Groupes Homogènes de Malades) Source PMSI Pilot

⁶⁶ Projet médical Hôpital Léopold Bellan 2010 2014

géronologiques (douleur, bien être psychologique, fonctionnement cognitif, marche, nutrition, continence, escarres, etc.)

- La formation continue et l'actualisation des connaissances techniques de soins aux personnes âgées
- La prise en compte des contraintes économiques

10% des patients hospitalisés bénéficient d'un projet de soins palliatifs et sont accompagnés pour leur fin de vie dans le service ou sont transférés en Unité de Soins Palliatifs. Le pourcentage de décès est de 10%. La durée moyenne de séjour est de 12,4 jours, le taux moyen d'occupation des lits en 2014 est de 91%⁶⁷.

Le projet de soins précise la prise en charge du patient en lien avec le projet médical et décline notamment les objectifs suivants⁶⁸ :

- Prévention et prise en charge de la douleur
- Prévention et prise en charge de la dénutrition et des troubles alimentaires
- Prévention et prise en charge des plaies et cicatrisation (développer de façon homogène les actions de prévention des escarres)
- Prise en charge des patients en fin de vie

Le projet de soins cible également le développement des compétences des personnels de santé dont le premier objectif est l'évaluation des compétences des individus. Une évaluation annuelle a été réalisée par les cadres de santé de chaque service depuis 3 ans. Il n'y a cependant eu aucune évaluation en 2014 en raison de la mobilisation des cadres pour le déménagement.

L'hôpital s'inscrit au sein d'une filière gériatrique. Le projet médical du service de gériatrie dans la nouvelle structure maintient ce réseau et développe deux nouvelles filières (cardio-gériatrie et neuro-vasculaire). L'éthique, le respect de la personne âgée, l'accueil, l'interdisciplinarité, l'expertise et l'efficacité sont les valeurs du service.

2.3.3 Axe relationnel

2.3.3.1 Les relations avec les pairs

Dans les unités des deux établissements, les équipes travaillaient de manière cloisonnée. Les soignants de jour ne rencontraient pas ceux de nuit hormis pendant le temps de

⁶⁷ Source PMSI Pilot

⁶⁸ Projet de soins HLB 2010 2014

transmission du soir ou du matin. Egalement, les équipes de jour ne se rencontraient pas entre elles. Les plannings, organisés en cycles de travail régulier imposaient cette organisation. Il en ressortait parfois des clivages entre équipes⁶⁹ même si l'ambiance générale était satisfaisante. Des différences de pratiques sont mises en évidence pour certains soins (pansements d'escarres, suivi de la dénutrition, etc.) pouvant altérer une continuité dans la prise en charge des patients.

2.3.3.2 Les relations avec les médecins

Les entretiens ont montré qu'il existait une communication efficace dans le service du GHPSJ entre les médecins et l'équipe paramédicale.

Par contre, dans l'UGA de l'HLB, les soignants ont dénoncé une quasi absence de communication entre les paramédicaux et les médicaux⁷⁰. Plusieurs d'entre eux ont souligné le problème de faire entrer des patients le matin alors que personne n'était disponible pour s'en occuper, de ne pas avoir d'échanges directs avec les médecins, d'être démunis face aux familles.

2.3.4 Axe technique

S'il est impossible de prévoir avec certitude les aspects relationnels dans la nouvelle organisation, l'axe technique peut être étudié avec davantage d'éléments de comparaison (notamment sur l'organisation des temps de travail ainsi que sur l'architecture et le matériel).

2.3.4.1 Les tâches et les situations de soins prévalentes

Les situations de soins prévalentes combinent les compétences clés du service. Elles sont représentatives de la spécificité et de la complexité des soins en UGA. Elles ont été décrites lors des entretiens par les professionnels. En lien avec la mission du service décrite dans l'analyse selon l'axe stratégique, elles peuvent se résumer ainsi :

**Prise en soins du malade âgé polypathologique en situation de crise médico-sociale
aiguë pouvant inclure des troubles psycho-comportementaux.**

Les problématiques décrites par les AS représentent l'aide dans les soins quotidiens chez des patients qui peuvent se montrer opposants, confus, agressifs. Ces patients présentent souvent des risques de chutes et de fugue⁷¹.

⁶⁹ ANNEXE 6 : EXTRAIT D'ENTRETIEN IDE JOUR HLB

⁷⁰ Ibid.,

⁷¹ ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

Les problématiques des IDE reprennent celles des AS en y ajoutant celles d'effectuer des soins techniques nombreux et variés.

Les soins palliatifs et la prise en charge des décès sont également des situations de soins très représentatives de ce service.

Si on se projette dans la nouvelle organisation, des tâches nouvelles apparaissent, certaines disparaissent. Le partenariat avec le GHPSJ autour de la pharmacie, de l'imagerie et du laboratoire justifiait pour l'hôpital de se doter d'outils communs afin de pouvoir échanger plus facilement et plus rapidement les informations d'un patient. Les prescriptions connectées impliquent également une modification du travail pour les soignants. Dans le nouvel hôpital, s'ajoute donc aux situations prévalentes de soins précédemment citées, la mise en application de nouveaux processus dans le cadre des organisations résultant des partenariats avec le GHPSJ (ceux-ci n'étaient pas définis avant le déménagement hormis l'informatisation du dossier de soins infirmier). Ces organisations sont présentées en annexe⁷².

Avant le déménagement, les tâches effectuées par les AS étaient différentes dans les deux hôpitaux. A l'hôpital Bellan, les AS n'effectuaient pas le bionettoyage des matériels des patients. Dans le service du GHPSJ, ces professionnelles travaillaient en collaboration avec les ASH et assuraient la désinfection de toute la chambre hormis la salle de bain et les sols dont le bionettoyage revenait aux ASH. C'est une différence importante dans la répartition des tâches. Dans la nouvelle organisation, le bionettoyage des chambres est réparti entre les AS et les ASH.

2.3.4.2 Organisation et agencement des tâches

Selon BOURGEOIS et DURAND, « *Pour une même tâche, les opérateurs ne se contentent pas d'appliquer une seule méthode de travail mais ont plusieurs moyens, parfois très différents et plus ou moins économiques, de répondre aux exigences imposées par le travail* »⁷³. Le travail réel diffère du travail prescrit car les situations de travail ne sont jamais identiques et le professionnel adapte son travail en fonction du contexte. Les entretiens visent donc à connaître ce travail réel.

Les deux unités étaient organisées de manières très différentes.

Dans le service de 18 lits de l'HLB, les professionnels n'étaient pas sectorisés. Les deux IDE travaillaient ensemble pour les soins infirmiers, les deux AS travaillaient ensemble pour les

⁷² ANNEXE 8 : L'IMPACT DES PARTENARIATS AVEC LE GHPSJ SUR LE TRAVAIL DES SOIGNANTS

⁷³ BOURGEOIS, E. & DURAND, M. (2012). Apprendre au travail. Paris : PUF. p 23

soins de nursing. Les soignants étaient très autonomes dans leur organisation. Ils prenaient leur pause déjeuner dans le même créneau horaire le plus souvent au sein du service. Cela induisait une absence d'équité car ce sont toujours les mêmes qui déjeunaient sur place et qui répondaient aux appels malade et ce sont toujours les mêmes qui s'absentaient pendant ce temps de pause. L'absence de sectorisation posait aussi le problème de la rigueur dans la prise en charge des patients. Ce point a été soulevé par un médecin.

Le service du GHPSJ comportait 15 lits de gériatrie dans un service de 30 lits (dont 15 lits de rhumatologie). Le travail dans ce service se répartissait en trois secteurs : un secteur de neuf lits de gériatrie, un secteur mixte (de six lits de gériatrie et trois lits de rhumatologie), un secteur de 12 lits de rhumatologie. Les équipes (composées d'une IDE et d'une AS) étaient fixes et ne tournaient pas dans les différents secteurs.

On peut ainsi noter que ces deux services fonctionnaient de manière différente.

2.3.4.3 Organisation des temps de travail

Les plannings sont organisés par cycle dans les deux établissements⁷⁴. Pour ce qui concerne les IDE, l'amplitude de travail de 12h reste identique avant et après le déménagement. Dans le nouveau bâtiment, les cycles de quatre semaines prévoient sept jours d'affilée de repos par cycle. Les IDE bénéficient également de sept jours de réduction de travail (RTT) par an, en plus de la récupération de dix jours fériés et des 25 à 27 jours de congés payés. Ces plannings permettent de nombreux jours de repos et sont très bien accueillis par les professionnels. Ils réalisent une diminution de travail annuel en comparaison du nombre d'heures travaillées par les IDE du GHPSJ et une légère augmentation du temps travaillé annuel pour les IDE de l'hôpital Léopold Bellan⁷⁵.

En ce qui concerne les AS, l'amplitude de travail passe à 12h (amplitude de 11h à l'HLB avant le déménagement) sur un cycle de huit semaines avec sept jours d'affilée de repos par cycle. Elles bénéficient également de quatre RTT par an. Ce nouveau planning octroie plus de jours de repos.

⁷⁴ ANNEXE 9 : COMPARAISON DES PLANNINGS

⁷⁵ ANNEXE 10 : TABLEAU DES TEMPS TRAVAILLES ET DES ETP

Les effectifs se répartissent de la manière suivante avant et après le déménagement:

- Dans le service de 18 lits de l'HLB avant le déménagement, 2 IDE et 2 AS de jour, une IDE et une AS de nuit.
- Dans le service du GHPSJ avant le déménagement (15 lits de gériatrie, 15 lits de rhumatologie), 3 IDE et 3 AS de jour, une IDE et 2 AS la nuit.
- Dans le nouveau service de 34 lits : 3 IDE et 3 AS de jour, une IDE et 2 AS de nuit.

Si on compare les effectifs du service de gériatrie avant et après le déménagement en se ramenant au prorata du nombre de lits, on observe que le nombre d'ETP IDE requis pour un service de 34 lits a été réduit (16,5 à 11,2 après le déménagement); le nombre d'ETP AS requis pour un service de 34 lits est légèrement diminué dans le nouveau service (14,8 à 14,1)⁷⁶. La différence est surtout très nettement ressentie par les IDE de nuit puisqu'il n'y a qu'une IDE de nuit pour un service de 34 lits. Lors des restructurations, les nouveaux modes d'organisation ont pour objectif d'accroître l'efficacité et « *la gestion des ressources humaines devient plus resserrée et les responsables cherchent à calculer au plus juste les effectifs et les compétences nécessaires dans les services de soins* »⁷⁷. Cet élément sera un point important et une source d'inquiétude qui rejaillit lors des entretiens.

2.3.4.4 Architecture, matériels

L'hôpital Bellan avant le déménagement (site Montparnasse) était un bâtiment vétuste. Le service de gériatrie comportait 18 lits. Les chambres ne comportaient pas de douches.

Le service de gériatrie du GHPSJ comportait 15 lits au sein d'un service de 30 lits dont 15 lits de rhumatologie. Les locaux avaient été remis à neuf en 2011. D'un point de vue ergonomique, les professionnels du service du GHPSJ utilisaient des tapis de glisse pour mobiliser les patients. Les professionnels, très attachés à ces aides techniques, se sont montrés très préoccupés de la présence de ce matériel (inexistant à l'hôpital Bellan avant le déménagement) dans le nouveau service.

Le nouveau bâtiment (site Losserand) à proximité immédiate du GHPSJ est une construction neuve. Ce nouveau bâtiment a été étudié depuis près de 6 ans pour offrir les

⁷⁶ Ibid.,

⁷⁷ ACKER F. *Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*, Revue française des affaires sociales 2005/1 (n°1), p. 161

meilleures conditions de prise en charge et de travail tout en respectant les contraintes notamment réglementaires. Les chambres sont globalement plus spacieuses et majoritairement individuelles. Le service UGA comprend 34 lits (24 chambres particulières et 5 chambres doubles). Elles sont toutes équipées de douches aux normes handicapées et de volets électriques. Les chambres particulières du service sont équipées de lèves-malades intégrés aux plafonds. Les salles de vie sont également plus spacieuses et climatisées. Les services d'hospitalisation sont sécurisés pour éviter les fugues de patients. Le système de montres anti-fugue (déjà effectif sur le site Montparnasse) s'ajoute également au dispositif. Les salles de soins sont équipées de pneumatiques pour l'acheminement des prélèvements (l'automatisation de la manutention permet un gain de temps pour les professionnels⁷⁸). Ces nouveaux locaux représentent une avancée importante pour les personnels de l'HLB.

Après avoir analysé la situation selon les quatre axes et en prenant en compte également l'environnement externe, nous pouvons mettre en évidence les difficultés et les ressources du projet.

⁷⁸ DGOS (2010) Guide. Nouvelles organisations et architectures hospitalières, p 230
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

2.4 Ressources et difficultés du projet

Les opportunités et les menaces du projet seront analysées grâce à la matrice SWOT (Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats).

	L'environnement	Le service de gériatrie	
OPPORTUNITES	<ul style="list-style-type: none"> • Accord ARS pour extension d'activité • Spécialisation de l'établissement pour affirmer son positionnement sur le territoire • Réduction des coûts de fonctionnement et de charges par mutualisation avec le GHPSJ • Autorisation par l'ARS d'une coopération avec le GHPSJ pour le circuit du médicament pour un an (GCS refusé par le GHPSJ) • Structure architecturale du nouveau bâtiment plus adaptée à la prise en charge des personnes âgées, matériels optimisés. • Réunions en COPIL régulières • Nouveaux plannings attractifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement dans un service neuf, matériels optimisés • Chef de service identique avant et après la reprise du service GHPSJ et acteur de poids dans la prise en charge gériatrique du Sud parisien. • Equipe GHPSJ soudée (médicale et paramédicale), compétences en gériatrie • Certains soignants ont choisi de travailler en gériatrie et dans ce service en particulier. • Maîtrise du logiciel informatique (prescriptions connectées et dossier de soin) par les soignants du GHPSJ 	FORCES
MENACES	<ul style="list-style-type: none"> • Secteur d'activité non attrayant. Typologie des patients de gériatrie • Climat social difficile en raison du PSE et de l'arrêt de plusieurs activités • Coopérations avec GHPSJ (manque d'anticipations dans les organisations mutualisées et désaccords) • Equipe d'encadrement de l'hôpital incomplète • Délai du projet : affectation des soignants non disponible avant janvier et impossibilité de rencontrer l'équipe GHPSJ avant décembre, déménagement Mars 2015 • Efficience attendue rapidement mais peu de temps pour s'adapter • Diminution du ratio effectif soignants/patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Des soignants vieillissants qui sont dans la structure depuis longtemps et ne sont plus motivés par la gériatrie • Nouveaux modes d'organisation et bouleversements technologiques • Incertitude par rapport à l'avenir, peur de perdre certains avantages, fusion des équipes => confrontation et remise en question des pratiques professionnelles • Modification des identités professionnelles • Communication difficile entre équipe médicale et paramédicale HLB • Eclatement des équipes, peur du changement • Craintes exprimées par certains soignants pour l'informatisation du dossier de soins • Cadre souvent absent (formation) 	FAIBLESSES

2.4.1 Les opportunités

Les opportunités du projet sont liées à l'environnement avec la **construction d'un bâtiment neuf** adapté à la prise en charge des patients âgés et le positionnement de l'HLB comme un établissement de référence au sein de la filière gériatrique du Sud parisien. Les opportunités apparaissent également en lien avec **l'équipe du GHPSJ** qui maîtrise l'outil informatique du dossier de soins et dont **certains soignants possèdent une expertise** en gériatrie. **Le chef de service commun** aux deux unités qui ont fusionné est un atout indéniable.

2.4.2 Les menaces

Les menaces du projet sont cependant nombreuses. Elles sont d'abord liées à l'environnement. La coopération avec le GHPSJ s'avère délicate avec un **manque d'anticipation pour les mutualisations d'activité** et des désaccords entre les deux établissements. **Le climat social** à l'HLB est tendu en raison de la fermeture de certains services et du départ de plusieurs collaborateurs dans le cadre du PSE. Le **ratio des effectifs soignants/patients** est source d'inquiétude pour beaucoup. Décidé plus d'un an avant la restructuration dans un contexte de quasi totale incertitude concernant les coopérations avec le GHPSJ, sera-t-il en adéquation avec la charge effective de travail dans le nouveau service ? Enfin la **gestion du temps** concernant le projet est une contrainte majeure. Le résultat des affectations dans les différents services a été annoncé mi-janvier, soit un mois et demi avant de déménagement.

Du point de vue des acteurs, **l'âge et l'ancienneté** de certains soignants dans la structure constituent un frein. **Les nouveaux modes d'organisation**, les **bouleversements technologiques** (nouvelles modalités d'envoi des prélèvements sanguins, utilisation de nouveaux logiciels avec l'informatisation du dossier de soin et utilisation d'applications informatisées du GHPSJ) peuvent provoquer un risque de souffrance au travail. Ces changements seront d'autant plus difficiles à accepter chez les personnels les plus âgés. « *On sait que le vieillissement ralentit les processus d'apprentissage et l'acquisition de compétences nouvelles et rend moins souple au changement* »⁷⁹. La sollicitation de savoirs nouveaux nécessite une mobilisation importante de l'attention. L'automatisation des savoirs atténue la charge mentale et le système cognitif est disponible pour d'autres tâches. BOURGEOIS et DURAND⁸⁰ soulignent par exemple que les novices sont incapables d'exécuter une tâche nouvelle et de parler en même temps. **Une perte d'efficacité est donc prévisible** tant que les automatismes ne seront pas en place.

⁷⁹ LEGENDRE Luce, *Le travail en question*, gestions hospitalières n°524, mars 2013, p 145

⁸⁰ BOURGEOIS, E. & DURAND, M. (2012). *Apprendre au travail*. Paris : PUF. p 73

La confrontation à une autre équipe et la remise en question des pratiques est source d'inquiétude pour plusieurs personnes. Comme nous l'avons vu, la reconstruction de l'individu passe aussi par une **modification des normes professionnelles**. Les restructurations redéfinissent ces normes, donnent une nouvelle tonalité. Il est important que chacun puisse se repérer rapidement dans son nouvel espace de travail. Il faudra apprendre à se connaître, se faire confiance.

L'analyse des entretiens fait également apparaître **des problèmes de communication** entre soignants et médecins de l'HLB. Ce point me paraît important car de la fluidité de la communication entre les acteurs dépend la réussite du projet. En effet, ces problèmes relationnels sont mis en exergue par les IDE de l'HLB car ils entraînent **un sentiment de non reconnaissance** et **une perte de sens**. Ainsi des entrées sont programmées par le médecin le matin alors que personne n'est disponible pour s'occuper de ces patients, et une quasi absence de communication entre équipe paramédicale et médicale donne le sentiment aux infirmières d'être de simples exécutantes. Le travail participe à la construction de l'identité, il « *vise deux objectifs, une production d'objets ou de biens dans le monde ou une production de soi* »⁸¹. Mais il peut aussi devenir pathogène en cas de sentiment de manque de reconnaissance. Selon DEJOURS⁸², la reconnaissance s'obtient grâce au « *jugement d'utilité* » et au « *jugement de beauté* ». Les IDE de l'HLB ne peuvent pas avoir le sentiment de « faire du beau travail » dans ce contexte.

Par ailleurs, les attentes par rapport au changement diffèrent selon les acteurs. Il apparaît donc nécessaire de compléter l'analyse par un bilan des pertes et des gains perçus par les acteurs dans ce changement⁸³ car « *il s'établit une relation de contribution-rétribution formelle et informelle* »⁸⁴.

2.4.3 Bilan des gains et pertes des acteurs

L'adhésion au projet de la part des acteurs résulte d'un calcul individuel sur l'intérêt de coopérer ou non à ce projet. L'analyse du positionnement des acteurs par rapport au projet, préconisé par BOUTINET⁸⁵ permet une classification en trois catégories :

⁸¹ BOURRET P. (2011), Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital, Editions Seli Arslan, p 81

⁸² Ibid., p79

⁸³ ANNEXE 11 : TABLEAU DES GAINS ET PERTES

⁸⁴ BERNOUX P. (2009), la sociologie des organisations, Editions du seuil, p 31

⁸⁵ BOUTINET J-P. (2015), Anthropologie du projet, PUF, 3^{ème} édition « Quadrige », p 291

- Les acteurs facilitants qui sont des ressources pour le projet ;
- Les acteurs indifférents qui ne s'impliquent pas beaucoup dans le projet ;
- Les acteurs confrontants qui s'opposent au projet.

A l'issue des entretiens, les personnels sont toutefois majoritairement favorables au projet, deux sont indifférents, deux sont clairement opposés (leur choix d'affectation n'ayant pas été retenu).

Cependant, le déménagement et les bouleversements qui en résultent sont une source de risques psycho-sociaux. Le rapport de l'IGAS souligne que dans les restructurations, « *l'impact humain est sous-estimé : on ne s'occupe au mieux que de l'aide à la recherche d'emploi mais très rarement de la santé des salariés concernés et de l'impact sur ceux qui restent dans l'entreprise* »⁸⁶.

Après cette analyse, les choix stratégiques seront déterminés dans le paragraphe suivant.

2.5 Détermination des choix stratégiques

Ce projet, comme tout projet de restructuration, nous place dans un environnement complexe. La stratégie « *devra tenir compte des ressources disponibles, des obstacles perçus, du coût estimé pour contourner ou surmonter ces obstacles* »⁸⁷.

Selon l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), la majorité des risques professionnels est liée à l'organisation du travail⁸⁸. Les choix stratégiques devront donc prendre en compte le **concept de qualité de vie au travail**. Il s'agit d'un concept subjectif et multidimensionnel. C'est un facteur protecteur de la santé au travail. Elle est fondée sur la façon dont les personnes appréhendent le travail et intègre des aspects organisationnels, individuels et sociaux. Elle est reliée au sentiment d'efficacité perçu par les personnes dans leur travail. L'activité empêchée est source de risques psychosociaux. CLOT précise que « *santé au travail et efficacité sont*

⁸⁶ IGAS (2010). Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail - Présenté par Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD
<http://travail-emploi.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,51/travail-emploi,900/sante-au-travail,1803/rapport-sur-le-bien-etre-et-l,11292.html>, p 12

⁸⁷ BOUTINET J-P. (2015), Anthropologie du projet, PUF, 3^{ème} édition « Quadrige », p 281

⁸⁸ INRS : les effets de l'organisation du travail
<http://www.inrs.fr/metiers/sante/etablissement-soins.html>

indissociables »⁸⁹. Il souligne l'importance pour le professionnel de se reconnaître dans son travail et « *pour améliorer la qualité de vie au travail, il faut améliorer le travail* »⁹¹. Santé et performance au travail sont liés⁹². Selon cet auteur, il faut « *se poser le problème des capacités d'agir des individus* » et le professionnel doit pouvoir « *prendre son travail à cœur* ». L'organisation doit lui permettre de réaliser « *un travail bien fait* ». Il faudra donc **accepter d'avoir un débat entre médecins et soignants** sur la manière de prendre en charge et d'accueillir un patient. L'accueil du patient, cité dans le projet médical, comme un prérequis essentiel à une prise en charge adéquate ne semble pas être organisé efficacement à l'HLB. Ainsi que RABARDEL⁹³ le souligne, l'activité n'est pas uniquement centrée sur la réalisation de tâches pour atteindre un but (activité productive), elle doit être orientée vers le développement de la personne et la construction de son identité professionnelle (activité constructive). Le travail doit faire sens pour les soignants.

Il existe plusieurs leviers d'action possible pour accompagner les professionnels⁹⁴ :

- Agir sur les situations de travail et l'organisation du travail
- Favoriser le développement des compétences

Les soignants interviewés n'ont pas tous les mêmes capacités, les mêmes motivations et les mêmes possibilités de s'investir dans des tâches nouvelles. L'organisation devra favoriser au maximum l'échange des savoirs. « *C'est du côté de l'organisation qu'il faut rechercher les conditions de développement des compétences* »⁹⁵. La construction des compétences est rendue possible grâce au collectif, à l'entraide, à l'échange des pratiques⁹⁶. Il faut d'abord créer les conditions de travail favorables avant de pouvoir agir sur le développement des compétences.

⁸⁹ CLOT Y : *Quels liens faites vous entre qualité de vie au travail et qualité du travail ?*

http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/Videos/Videos_detail?p_thingIdToShow=27653600

⁹⁰ HAS – Haute Autorité de Santé – Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis. p 8

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

⁹¹ Ibid., p 9

⁹² CLOT Y : *pour en finir avec les risques psycho-sociaux*

<https://www.youtube.com/watch?v=N6kRiG2gvWY&noredirect=1>

⁹³ RABARDEL P : Des motifs et des buts ...

http://www.cafepedagogique.net/lesdossiers/Pages/2010/DDP_Rabardel.aspx

⁹⁴ MARCHAND X. (2014, 2015). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

⁹⁵ BOURRET P (2011), Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital, Editions Seli Arslan, p 111

⁹⁶ Ibid., p111

Selon BERNOUX ⁹⁷, les individus acceptent les changements imposés s'ils en comprennent le sens, s'ils peuvent les négocier dans les zones d'autonomie. Le rôle des acteurs est essentiel dans toute démarche de changement, « *sans leur implication et sans l'appropriation des outils, les changements ne peuvent tout simplement pas avoir lieu* »⁹⁸. Lors des entretiens, l'inquiétude autour de la diminution du ratio effectif soignant / nombre de patients est largement verbalisée. Comme nous l'avons vu précédemment, les travaux de BAREIL et SAVOIE⁹⁹ montrent que lors d'une période de changement dans une organisation, les salariés traversent plusieurs phases de préoccupation qu'il est important de connaître pour adapter le management. L'impact de la nouvelle organisation sur la charge de travail doit être pris en compte et les professionnels devront être associés à cette réflexion.

Les choix stratégiques seront donc guidés par les principes suivants :

- **Construire une vision claire et commune de la nouvelle organisation** pour bâtir sa légitimité. L'organisation du travail sera réfléchiée en amont avec l'équipe d'encadrement et le corps médical. Cette organisation de travail qui a été décidée en secteurs et binômes (AS, IDE) devra permettre le partage des savoirs.
- **Réunir les soignants et les médecins pour mettre l'organisation en discussion** (organisation des entrées et des sorties, mode de communication, répartition des soins, etc.) Construire une nouvelle organisation de travail à partir de représentations partagées.
- **Impliquer les professionnels par un management participatif**. Ainsi que le souligne BERNOUX, « *ce ne sont pas tant les incitations matérielles ou les exhortations morales qui vont motiver et impliquer les acteurs, que la mise en place de nouveaux systèmes relationnels mettant les acteurs dans un autre modèle de relations* »¹⁰⁰.
- **Négocier les ressources nécessaires à l'appropriation du changement** (formations au logiciel informatique, séminaire d'intégration, personnels supplémentaires la première semaine, achat de matériel d'aides à la manutention).
- **Anticiper une diminution d'activité prévisible** avant le transfert et les premières semaines après le déménagement entraînant une baisse des recettes.

⁹⁷ BERNOUX P. (2010), Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, Paris, p 12

⁹⁸ Ibid., p 9

⁹⁹ BAREIL C. et SAVOIE A. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. Gestion, volume 24, n°3, automne 1999, pp 86 à 94

¹⁰⁰ BERNOUX P. (2010), Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, Paris, p 330

2.6 Phase opérationnelle du projet

Cette partie détaille la mise en œuvre du projet. Elle comprend le plan de communication, le séminaire d'intégration, l'accompagnement mis en place pour faciliter l'appropriation de l'outil informatique du dossier de soins ainsi que l'accompagnement réalisé après le déménagement.

2.6.1 Plan de communication

2.6.1.1 Communiquer sur la nouvelle organisation, les effectifs, les plannings

Les changements annoncés ont induit de nombreux questionnements. Les inquiétudes ont été nombreuses quant aux pertes et aux gains potentiels en terme de conditions de travail. Une communication régulière par des réunions de services, entretiens, sur l'avancée du projet a permis de lever les inquiétudes. En parallèle, au niveau institutionnel, l'information des agents a été facilitée grâce à des notes d'information, des courriers détaillés envoyés avec les bulletins de salaire. Les souhaits des professionnels quant au choix d'affectation de service ont été pris en compte selon des critères définis avec les organisations syndicales.

La rencontre avec l'équipe du GHPSJ s'est déroulée le 8 décembre 2014. Le projet ainsi que les plannings et effectifs ont été présentés lors d'une réunion qui regroupait la direction, les DRH des deux établissements, la coordinatrice des soins de l'HLB, le cadre de pôle, les cadres de proximité et les soignants du GHPSJ. Lors de cette première rencontre, les professionnels ont pu questionner la hiérarchie sur le projet. La présence de l'équipe de direction a permis de légitimer le projet.

2.6.1.2 S'approprier les nouveaux locaux de façon anticipée

Ainsi que le préconise l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)¹⁰¹, la communication tout au long d'un projet de déménagement sur l'avancement du chantier est essentielle. Dès l'obtention du permis de construire en 2011, les plans de la nouvelle construction et la vue générale du bâtiment furent affichés dans les salles de réunions et le hall principal de l'hôpital, des photos sur l'avancée des travaux étaient visibles dans les couloirs, salle d'accueil de l'hôpital. L'objectif de ces affichages

¹⁰¹ANAP « Anticiper la mise en service d'un bâtiment » p 45
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Piloter_l_etablissement/Immobilier/ANAP_Anticiper_mise_en_service_batiments.pdf

était de permettre au personnel de se familiariser petit à petit avec les nouveaux environnements.

Les séminaires, par service, ont donné l'opportunité de visiter l'établissement encore en travaux un mois avant le déménagement. Lors d'une journée « portes ouvertes » le weekend précédent le déménagement, les salariés ont découvert les locaux de manière plus conviviale avec leurs familles.

La semaine précédant le déménagement, les soignants furent également sollicités pour aménager les salles de soins et les réserves.

2.6.1.3 Aider les professionnels à « tourner la page »¹⁰²

La direction a organisé une soirée festive pour l'ensemble des salariés de l'hôpital pour officialiser la fermeture du bâtiment Montparnasse quinze jours avant le déménagement. Pour certains collaborateurs qui ont travaillé 10, 20, 30 ou même 40 ans sur ce site, l'étape était importante. Le taux de participation fut particulièrement élevé. Sans mépriser le passé, il s'agissait de « *cérémonialiser l'abandon des anciens locaux* » pour pouvoir s'investir dans le nouveau projet sans se laisser gagner par trop de nostalgie.

2.6.2 Séminaire d'intégration de l'UGA

Cette rencontre a regroupé les soignants et les médecins des deux hôpitaux.

Au-delà des objectifs qui étaient multiples puisqu'il s'agissait de définir les règles de fonctionnement du service, de comprendre et de s'approprier le projet médical, de prendre connaissance de la répartition des tâches de l'ensemble de l'équipe, cette journée a d'abord permis à chacun de se rencontrer, de découvrir le bâtiment encore en travaux, de découvrir le nouveau service et repérer les locaux pour commencer à se projeter dans ce nouveau lieu de travail. « *L'anticipation du rapprochement consiste à aider les acteurs préalablement séparés à préparer ensemble les missions et l'organisation de leur future équipe commune. Elle doit les aider à construire des valeurs communes et des pratiques professionnelles homogènes* »¹⁰³.

Le séminaire de l'UGA, s'est déroulé le 04 février 2015 de 9h à 18h, soit un mois avant le déménagement.

¹⁰² Ibid., p 47

¹⁰³ Ibid., p 43

Le matin, après la présentation par le chef de service du projet médical, des valeurs du service et de l'organisation médicale de la prise en charge des patients, le cadre a abordé le thème de l'organisation par secteur du travail soignant. Puis, le sujet de la régulation du nombre d'entrées et de sorties par jour (pour lisser autant que possible l'activité sur la journée et sur la semaine et assurer un accueil adéquat des patients) a fait l'objet d'une réflexion commune. Les espaces d'échanges qui seront instaurés entre les professionnels (staff pluridisciplinaires, réunions, etc.) ont été présentés et mis en discussion.

Le déjeuner fut l'occasion de permettre aux professionnels d'échanger et d'apprendre à se connaître.

L'après-midi (dédiée uniquement aux soignants) a été consacrée à des réflexions en groupe autour de la future organisation (intérêt du travail en binôme IDE/AS, mixité des équipes (HLB et GHPSJ), rotation tous les deux mois des secteurs et des binômes de façon à favoriser les échanges entre pairs, répartition des tâches entre équipe de nuit et équipe de jour, nouvelles organisations dues aux partenariats avec le GHPSJ). La rotation des binômes permet aux IDE de travailler avec l'ensemble des AS au bout de six mois.

Cette journée a permis de décider ensemble :

- De la régulation du nombre d'entrées et sorties par jour
- Des horaires et du déroulement des staffs pluridisciplinaires (deux staffs par semaine)
- Des horaires et du déroulement des réunions de transmissions hebdomadaires
- Du moyen de communication entre équipe de jour et équipe de nuit
- De la périodicité de la rotation des binômes (deux mois)
- De la dénomination des secteurs (noms de planète) en prévision d'une décoration ultérieure du service en rapport avec le thème
- De l'élaboration d'une feuille de transmission inter équipe
- De la répartition des tâches entre équipe de jour et équipe de nuit
- Des premiers thèmes de travail qui seront approfondis en groupe (accueil du patient en UGA, relations avec les familles)

Un jeu (« ce que nous avons en commun ») organisé par groupe (trois groupes mélangeant les personnels du GHPSJ et les personnels de l'hôpital Bellan) a permis un échange sur des pratiques soignantes communes. La discussion permet de lever les inquiétudes face à des soignants qui ne se connaissent pas mais sont parfois force de propositions dans le travail.

L'initiation d'un travail dans un contexte partagé pour une nouvelle communauté de pratique, telle qu'elle a été définie par WENGER, a été rendue possible par chacune de ces étapes. « *Le répertoire d'une communauté de pratique comprend des routines, des mots, des outils, des procédures, des histoires, des gestes, des symboles, des styles, des actions ou des concepts créés par la communauté, adoptés au cours de son existence et devenus partie intégrante de la pratique* »¹⁰⁴. Les décisions prises en groupe confèrent la marge d'autonomie nécessaire aux acteurs.

2.6.3 Accompagnement pour l'informatisation du dossier de soins

Des formations au nouveau logiciel ont été dispensées aux personnels de L'hôpital Bellan. Des effectifs supplémentaires ont été prévus pour la semaine de déménagement pour accompagner les soignants. Une IDE supplémentaire par jour et par nuit maîtrisant l'outil informatique du dossier de soins a pu accompagner les équipes. Enfin, un groupe d'« utilisateurs clé » composés de référents médicaux et paramédicaux a été constitué.

2.6.4 Accompagnement après le déménagement

Depuis le déménagement, les binômes et les secteurs sont clairement identifiés par des couleurs sur les plannings affichés dans la salle de soins. Ceci permet de donner des repères dans un contexte où tout est nouveau.

Une baisse d'activité avait été actée la semaine précédent le déménagement pour permettre le transfert dans de meilleures conditions de sécurité. Le taux d'occupation des lits a également été volontairement limité les deux premières semaines pour faciliter la mise en place des organisations et l'accompagnement des professionnels qui ne connaissent pas le logiciel informatique par ceux (issu du GHPSJ) qui le connaissent.

La communication entre l'équipe et le cadre de proximité a facilité les réajustements quotidiens. Une réunion de service, mi-avril, a permis de faire le point sur les dysfonctionnements et d'établir un plan d'action.

Pour faire le lien avec une décision prise lors du séminaire, un suivi du nombre d'entrées et sorties par jour a été réalisé et présenté à l'équipe.

¹⁰⁴ WENGER Etienne, La théorie des communautés de pratique. Apprentissage, sens et identité, Sainte Foy, Presse Université Laval, 2005, p 91

2.7 Evaluation du projet, limites du projet

L'évaluation du projet est incontournable pour évaluer la pertinence des actions menées. Elle permet en cas de nécessité de réajuster le plan d'action. Les résultats attendus sont évalués à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

OBJET	CRITERES	INDICATEUR
SEMINAIRE	PARTICIPATION	Nombre de participant IDE, Nombre de participant AS, les participants sont actifs, ambiance durant la journée. évaluation en fin de journée
APPROPRIATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE	FORMATIONS AU LOGICIEL INFORMATIQUE	Nombre de professionnels formés
	AUDIT DES DOSSIERS DE SOINS	Nombre de recueils de données remplis, transmissions ciblées, transmissions non ciblées, diagramme de soins renseigné, traçabilité Staff, plans de soins validés
	AUTOEVALUATION DE L'UTILISATION DU LOGICIEL	Nombre d'autoévaluations satisfaisantes
ORGANISATION DU TRAVAIL	RESPECT DES PLANNINGS AFFICHES	Les professionnels respectent leur secteur, les professionnels travaillent en binôme
	APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS	Les professionnels travaillent ensemble, les soignants provenant du GHPSJ encadrent leurs collègues sur l'utilisation du logiciel informatique
	EFFICACITE DE L'ORGANISATION	Nombre de dysfonctionnements, qualité des dysfonctionnements, l'organisation est critiquée, les soignants font référence à leurs anciennes habitudes pour illustrer le fait que l'organisation était mieux avant le déménagement ; Taux d'occupation des lits, nombre d'entrées et sorties, répartition des entrées et sorties dans la semaine et dans la journée, Nombre de plaintes de patients ou famille
	AMBIANCE DU SERVICE (Observations, entretiens)	Les soignants se plaignent, Les améliorations sont reconnues
	ABSENTEISME	Taux d'absentéisme

2.7.1 Evaluation du séminaire

Une seule AS était absente pendant le séminaire. La participation a été très active durant la journée. L'évaluation en fin de journée a montré que les soignants ont été très satisfaits de cette rencontre.

2.7.2 Evaluation de l'appropriation de l'outil informatique

Les soignants se sont montrés assez rapidement satisfaits de ce nouveau logiciel. Les débuts ont cependant été parfois difficiles (problème de connexion WIFI, perte des mots de passe, nombre d'ordinateurs insuffisants).

L'autoévaluation du logiciel¹⁰⁵ permet de retravailler en équipe l'utilisation de certains formulaires ainsi que l'évolution du paramétrage du logiciel.

2.7.3 Evaluation de l'organisation du travail

2.7.3.1 Apprentissage par les pairs, ambiance du service, absentéisme

L'organisation des soins en secteur et en binômes a été bien acceptée. L'équipe s'est montrée solidaire pour l'acquisition des nouveaux apprentissages (logiciel informatique, nouvelles modalités pour le laboratoire, etc.) Cependant le problème de la charge de travail qui avait beaucoup préoccupé les soignants lors des entretiens est resté un sujet sensible. Une évaluation de la charge de travail de nuit a débuté mi-mars et une réflexion autour d'un temps supplémentaire IDE de nuit fut engagée avec la direction et les organisations syndicales. Cela a abouti à la mise en place d'une IDE de nuit supplémentaire de 20h à 00H.

De nombreux matériels manquants, livrés trop tardivement ont placé les équipes dans une grande difficulté. Par ailleurs, les nouvelles coopérations avec le GHPSJ se sont avérées délicates. Les processus d'organisation ont été décrits très tardivement alors que le déménagement avait déjà eu lieu et le fonctionnement de ces organisations en mode nominal n'a pas été atteint les deux premiers mois. Par exemple, le fonctionnement persistant en situation dégradée de la prescription et de l'acheminement des prélèvements a induit un stress supplémentaire.

Les premiers mois ont également été marqués par de nombreux dysfonctionnements techniques (système d'appels malade défectueux, problèmes de fermeture des portes,

¹⁰⁵ ANNEXE 12 : AUTOEVALUATION DE L'UTILISATION DE DX CARE

température des locaux anormalement élevée, etc.) Ces éléments ont compliqué la phase de démarrage.

Il est difficile et même impossible d'évaluer l'efficacité d'une organisation sans pouvoir la considérer dans son ensemble. Malgré tous ces éléments, le taux d'absentéisme a été très bas.

2.7.3.2 Efficacité de l'organisation

L'évaluation de l'efficacité de l'organisation en terme d'activité médicale et d'organisation des soins me semble importante. La mesure de la performance peut être objectivée grâce à des outils comme les tableaux de bord. Cette évaluation n'était pas mise en place au sein des unités dans mon établissement. Il me semble cependant important de sensibiliser les équipes aux enjeux médico-économiques de l'établissement ainsi que de rester cohérent par rapport aux choix organisationnels des mouvements patient qui avaient été faits en amont. Le choix des indicateurs a été effectué avec le chef de service et ils sont en lien avec les préoccupations de l'équipe soignante. Les objectifs d'entrées et sorties avaient été précisés durant le séminaire et un débat avait suivi concernant la répartition de ces mouvements dans la journée. Les sorties sont idéalement attendues le matin pour améliorer l'aval des urgences (la majorité des entrées provient des urgences du GHPSJ) et ainsi optimiser le taux d'occupation des lits. Les entrées sont idéalement attendues l'après-midi pour lisser la charge de travail sur la journée et améliorer l'accueil du patient (les soignants et les médecins étant indisponibles le matin pour accueillir correctement les patients). Le nombre d'entrées et de sorties est idéalement réparti sur la semaine pour maîtriser la charge en soins et le recours au plateau technique du GHPSJ. Les indicateurs choisis sont donc, d'une part, en lien direct avec les objectifs stratégiques de l'établissement : taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjours, taux de sorties par semaine ; d'autre part, en lien avec les préoccupations de l'équipe lors du séminaire et des entretiens: nombre d'entrées et sorties par jour, taux d'entrée et sorties par jour de la semaine, taux de sorties le matin, taux d'entrées l'après-midi. Les résultats sont présentés en ANNEXE 13.

L'efficacité de l'organisation peut également être objectivée en observant la qualité de la prise en charge des patients. Les compétences des personnels étaient-elles en adéquation avec les exigences du travail ? Les besoins de formation pour le personnel provenaient de différentes origines : l'introduction d'un nouveau logiciel pour l'informatisation du dossier de soins, de nouveaux processus dans le cadre des partenariats avec le GHPSJ et la spécificité même de l'unité non maîtrisée par l'ensemble du personnel. L'accompagnement par la formation du personnel a permis l'appropriation de l'outil informatique mais le projet d'accompagnement n'a pu prendre en compte les autres besoins de formation.

Selon LEVET, « *Des organisations susceptibles de construire de la santé au travail sont des organisations qui organisent, pensent, régulent un fonctionnement qui permet à chacun et au collectif de s'accomplir* »¹⁰⁶. L'organisation est d'abord tributaire des moyens qu'on lui donne. De nombreux dysfonctionnements en lien avec ce manque de moyens devraient donc disparaître dans les mois à venir.

La partie suivante propose des préconisations pour le suivi de l'accompagnement par le développement des compétences pour une prise en charge performante des patients.

¹⁰⁶ HAS. Quels sont les ressorts de l'organisation pour améliorer la qualité de vie au travail ? https://www.youtube.com/watch?v=41_84XyjZDw

3 PRECONISATIONS POUR LE SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT

Cette partie propose un accompagnement des professionnels basé sur une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences. La GPEC est une obligation légale¹⁰⁷ et le maintien et le développement des compétences sont l'un des enjeux des établissements de santé. En effet, l'analyse de la pyramide des âges montre que des départs importants à la retraite vont aggraver la pénurie des personnels paramédicaux. Par ailleurs, l'évolution des normes qualité entraîne une exigence accrue vis à vis de ces professionnels en terme de compétence. Pour le cas qui nous concerne dans l'UGA, les entretiens ont mis en évidence des niveaux de maîtrise différents chez les professionnels. Aujourd'hui, certaines équipes ont un niveau d'expertise et d'autres sont en difficulté dans certaines situations de soins. L'organisation en place permet l'échange entre pairs, l'environnement de travail est coopératif dans le sens où il valorise « *le partage des ressources et d'information entre les collaborateurs* »¹⁰⁸. Mais tous les professionnels n'ont pas les mêmes aptitudes à apprendre et à progresser. « *Trop de projets font comme si les enjeux étaient les mêmes pour tous, voire comme si l'enjeu de « l'entreprise » s'imposait naturellement comme un enjeu commun* »¹⁰⁹. Accompagner les professionnels, c'est aussi s'assurer qu'ils détiennent les compétences nécessaires à leur travail. Entrer progressivement dans une culture de l'évaluation me semble indispensable si l'on vise une qualité du travail et une qualité de vie au travail. Cependant, l'évaluation annuelle actuellement en vigueur dans l'établissement ne permet pas de déterminer la compétence réelle de l'agent car elle se base sur un simple entretien.

La méthode d'ingénierie de professionnalisation¹¹⁰ en sept étapes permet de visualiser les points clés incontournables de la méthode. Elle met en évidence la nécessité de partir des situations de travail pour identifier les savoirs faire et les compétences à développer chez les professionnels. L'objectif est donc d'établir une cartographie des compétences utilisable non seulement à l'échelle de l'unité mais également pour l'établissement.

Entrer dans cette démarche impose plusieurs prérequis. Un tel projet doit être porté au niveau institutionnel (direction, direction des ressources humaines, direction des soins). Les partenaires sociaux doivent être impliqués au risque de mise en échec du projet, l'évaluation

¹⁰⁷ Décret n°2007-101 du 25 janvier 2007

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819390>

¹⁰⁸ BOURGEOIS, E. & DURAND, M. (2012). Apprendre au travail. Paris : PUF, p 62

¹⁰⁹ ANACT Acquérir et transmettre des compétences. Et si on se formait au travail ? p 24

¹¹⁰ Ibid., p 25

étant un sujet très sensible pour les salariés. L'ensemble des acteurs doit être associé (soignants, cadres de proximité, encadrement supérieur). En s'appuyant sur le collectif et en valorisant le travail, on donne du sens à l'action de professionnalisation.

L'élaboration de la cartographie des compétences comporte une phase préparatoire concernant l'identification des différents métiers qui est le premier niveau de la GMPC¹¹¹. Il s'agit d'élaborer une cartographie des métiers en partant du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière¹¹² qui décline les activités principales du métier, les savoirs faire et les connaissances requises. L'enjeu est de parvenir à s'extraire de la notion de statut pour identifier (par l'observation des activités) les métiers réellement exercés par les agents.

L'entrée par les situations de travail permet de mettre en lumière les situations prévalentes qui combinent les compétences clés du service. Ces situations ont été dégagées lors de la phase diagnostique. La situation peut se résumer ainsi : prise en soins du malade âgé polypathologique en situation de crise médico-sociale aiguë pouvant inclure des troubles psycho-comportementaux.

Il s'agit ensuite de dégager les compétences et les savoirs faire nécessaires dans ces situations à partir du référentiel de formation infirmier et à partir du référentiel de compétences de l'assistant en soins en gérontologie¹¹³ qui décline des compétences spécifiques attendues dans les situations de soins en gériatrie.

Après avoir identifié les compétences clés de l'unité, il faudra déterminer les modalités d'évaluation, construire des indicateurs de compétences et réaliser les évaluations.

Les différentes étapes doivent être travaillées en groupe et sont toujours en lien avec les problématiques que rencontrent les professionnels sur le terrain.

Les différentes étapes de la cartographie des compétences comprennent donc des observations individuelles en situation de travail tout au long de l'année qui peuvent être conduites par des pairs et un entretien d'évaluation réalisé par le cadre qui prend en compte les

¹¹¹ Instruction de la DGOS n°2010-215 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé.

¹¹² <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=2#ancree2>

¹¹³ Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie Annexe I : Référentiel de compétences de l'assistant en soins en gérontologie <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481436&dateTexte=&categorieLien=id>

différentes situations de travail observées. Une autoévaluation réalisée au préalable par l'agent permet de mieux l'impliquer et d'entrer dans la démarche de l'évaluation sans que celle-ci soit perçue dans un but coercitif.

La cartographie des compétences est donc un préalable indispensable puisqu'elle permet d'objectiver les besoins en formation. Ceux-ci sont individuels mais aussi collectifs. L'exploitation de situations professionnelles en groupe s'intègre dans cet objectif. D'autres méthodes telles que le tutorat, la mobilité, la rotation des agents (en projet dans l'établissement) sont autant de moyens qui confrontent les professionnels à des situations nouvelles et à une variété des tâches nécessaires pour maintenir le niveau de qualification requis.

Etablir une cartographie des compétences, c'est cesser de raisonner uniquement en termes d'ETP. Le professionnel expert et le professionnel novice ne peuvent pas effectuer le même travail. Prendre en compte cet écart permet d'améliorer l'efficacité de l'organisation.

CONCLUSION

Le déménagement et la restructuration de l'hôpital Bellan a entraîné de profonds bouleversements. Les modifications des organisations de travail, l'éclatement des équipes, l'évolution des pratiques professionnelles ont généré beaucoup d'inquiétude chez les professionnels.

Ce projet managérial a abordé l'accompagnement au changement des équipes paramédicales en s'appuyant sur le cas particulier de l'unité de gériatrie aiguë (UGA).

Le projet d'accompagnement au changement des soignants de l'UGA a cherché à aider les professionnels à reconfigurer leur mode de représentation, à se projeter dans la nouvelle organisation, à construire une nouvelle identité et une nouvelle communauté de pratiques. Après la phase d'analyse de la dynamique organisationnelle permettant de cerner les enjeux, les choix stratégiques se sont portés sur la nécessité d'associer pleinement les médecins et les soignants aux choix organisationnels. Le séminaire a permis la rencontre de différentes cultures et l'initiation d'un travail sur des pratiques communes dans un contexte partagé. Ce point de départ m'a paru essentiel dans le projet car il a fondé les bases de la coopération. La mise en place d'une organisation de travail par binôme et par secteur et la collaboration avec l'équipe médicale placent les professionnels dans un environnement coopératif où les échanges entre pairs sont valorisés. Ces échanges ont été tout à fait effectifs les premières semaines autour de l'accompagnement sur l'utilisation du logiciel informatique.

Néanmoins, le manque d'anticipation de définition des processus des nouvelles organisations en lien avec les partenariats avec le GHPSJ, les retards de livraison des matériels et les dysfonctionnements techniques persistants du nouveau bâtiment ont contribué à complexifier la phase de démarrage.

Ce projet d'accompagnement au changement s'intègre dans le projet global du déménagement de l'hôpital et il ne peut en être dissocié.

La phase d'évaluation du projet initiée en avril 2015 devra se poursuivre. L'audit des organisations avec le suivi des indicateurs objectivera les points d'amélioration et les dysfonctionnements restant à résoudre après une période prolongée d'adaptation aux nouvelles organisations.

Les préconisations pour le suivi de l'accompagnement portent sur l'élaboration d'une cartographie des compétences qui n'a pu être réalisée avant. Cette cartographie engagera

l'établissement dans une nouvelle pratique managériale. Elle permettra de valoriser les professionnels par l'analyse des situations de travail, identifiant ainsi le travail réel et le besoin en formation des soignants. Elle permettra également d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et l'efficacité de l'organisation.

En tant que responsable d'unité, ce travail ainsi que cette année de formation universitaire ont constitué une opportunité pour mener une réflexion sur le rôle de l'encadrement de proximité et de l'encadrement supérieur dans un projet d'accompagnement au changement. Celui-ci impose de s'inscrire dans une démarche holistique qui prend en compte la dimension culturelle et identitaire des acteurs concernés.

Le rôle de l'encadrement de proximité dans l'accompagnement des équipes est déterminant. Il doit en permanence adapter son management en fonction du degré de compréhension et d'implication des soignants.

Les missions de l'encadrement supérieur se jouent à plusieurs niveaux. L'accompagnement et le soutien des cadres de proximité porteurs des projets de l'institution et notamment du projet de soin sont des axes majeurs. Si les cadres se découragent ou ne sont pas convaincus de la pertinence des décisions stratégiques, l'impact pourrait être important auprès des équipes. La conduite de changement implique de favoriser la communication verticale et horizontale pour maintenir l'interactivité à tous les niveaux. Après la mise en place des nouvelles organisations, le suivi doit être rigoureux pour être réactif aux dysfonctionnements potentiels et limiter les risques d'épuisement professionnel.

Un projet d'accompagnement au changement dans un contexte de restructuration est donc un travail de collaboration avec la direction, la direction des ressources humaines, la direction des soins, l'encadrement de proximité et l'équipe médicale. Comme le souligne BAREIL, « *changer l'organisation sans la participation des personnes qui la forment est utopique. Ce n'est que grâce aux efforts concertés, à la volonté et aux multiples talents des destinataires qu'une tentative de changement peut être couronnée de succès* »¹¹⁴.

Ce travail ouvre également le champ de la réflexion sur l'opportunité de mettre en place de nouvelles pratiques managériales. En effet, « *la construction d'un nouvel édifice marque durablement un repère dans le temps, dans les pratiques managériales, dans les pratiques*

¹¹⁴ BAREIL C. (2004), Gérer le volet humain du changement. Montréal, les éditions Transcontinental, p 197

médicales »¹¹⁵. Le contexte contraint des établissements de santé impose un management des ressources humaines plus exigeant. Cependant, améliorer l'efficacité avec des ressources restreintes pose le problème de la qualité de la prise en charge des patients et de la qualité de vie au travail des professionnels. Il faut donc s'orienter vers de nouvelles pratiques managériales en développant la poly-compétence et en valorisant les professionnels au sein de l'établissement. Ceci constitue l'un des objectifs du nouveau projet de soin de l'Hôpital Léopold Bellan en cours de rédaction.

Cette expérience fut riche d'enseignements. Il faut : « *souligner le caractère exceptionnel que constitue l'ouverture d'un nouvel établissement ou d'un nouveau bâtiment. Une telle entreprise est une chance qu'il convient d'apprécier au regard des contraintes fortes que les différents acteurs hospitaliers rencontrent. C'est également, et avant tout, une aventure humaine extraordinaire. En effet, donner vie à une structure tout juste sortie de terre et accompagner les équipes médicales, soignantes, administratives, techniques et logistiques pour une prise en charge des patients différente autour d'organisations de travail nouvelles et d'un bâtiment nouveau est unique* »¹¹⁶.

¹¹⁵ DGOS (2010) Guide. Nouvelles organisations et architectures hospitalières p 243
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

¹¹⁶ ANAP « Anticiper la mise en service d'un bâtiment » p 5
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/publications/piloter_l_etablissement/immobilier/anap_anticiper_mise_en_service_batiments.pdf

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BAREIL C. (2004), Gérer le volet humain du changement, Montréal, les éditions Transcontinental, 213 p.

BERNOUX P. (2009), La sociologie des organisations Initiation théorique suivie de douze cas pratiques, Editions du seuil, 466 p.

BERNOUX P. (2010), Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, Paris, 368 p.

BOURGEOIS E. & DURAND M. (2012), Apprendre au travail. Paris : PUF, 226 p.

BOURRET P. (2011), Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital, Editions Seli Arslan, 190 p.

BOUTINET J-P. (2015), Anthropologie du projet, PUF, 3^{ème} édition « Quadrige », 441 p.

COLOMBAT P. (2012), Qualité de vie au travail et management participatif. Rueil-Malmaison, les éditions LAMARRE, 217 p.

MINET F. (1995), L'analyse de l'activité et la formation des compétences, Paris : L'Harmattan, 155 p.

WENGER E. (2005), La théorie des communautés de pratique. Apprentissage, sens et identité, Sainte Foy, Presse Université Laval, 309 p.

ARTICLES

ACKER F. *Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*, Revue française des affaires sociales 2005/1 (n°1), pp. 161-181

BADEY- RODRIGREZ C. *Lutter contre les rigidités organisationnelles. Les personnes âgées en institution, Vie ou survie. Etre soignant en gériatrie, un défi ?*, Les dossiers du psychologue, n° 8 Septembre 2012. Disponible sur : <http://ch-vdb.fr/download/Etresoignantengeriatrie.pdf>

BAREIL C. et SAVOIE A. *Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel*, Gestion, volume 24, n°3, automne 1999, pp 86 à 94

BONNERY A. M. *Le travail en binôme en gérontologie*, Soins gérontologiques, n°107 mai/juin 2014, pp 25-27

DUMOND J-P. *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*, Sciences sociales et santé, Volume 24, n°4, 2006, pp. 97-127

DUMONT M. *Mise en place et bénéfices du binôme en court séjour gériatrique*, Soins gérontologiques, n°107 mai/juin 2014, pp 28-32

FERRONI I. *Evolutions institutionnelles, transformations de l'activité: le contexte des restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix*, Sciences Sociales et Santé, Vol. 24, n°4, décembre 2006, pp 129-133

LEGENDRE L. *Le travail en question*. Gestions hospitalières, n°524, mars 2013. pp.143-147

MAYEN, P. *Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre*. Recherche en éducation, 4, 2007, pp. 51-64

RAVEYRE M.et UGHETTO P. *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières*, Revue française des affaires sociales 2003/3 (n° 3), pp. 95-119

RAYNAUD D., CAUSSAT L., HADA F. *Perspectives à long terme des dépenses de santé. Les leviers de la croissance française*, 2007, pp 145-183

COURS REFERENCES

DUMOND J-P. (2014, 2015) Les organisations de santé « *La Grande Transformation Hospitalière* », Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

MARCHAND X. (2014, 2015) Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

RAPPORTS

- ANACT Acquérir et transmettre des compétences. Et si on se formait au travail ?
- ANAP « Anticiper la mise en service d'un bâtiment »

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/publications/piloter_l_etablissement/immobilier/anap_anticiper_mise_en_service_batiments.pdf

- ATIH Analyse de l'activité hospitalière 2013

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2606/rapport_2013_lesessentiel_0.pdf

- DGOS Programme hôpital numérique. La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012/2017

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_hopital_numerique_-_Feuille_de_route_-_2014-2.pdf

- DGOS (2010) Guide. Nouvelles organisations et architectures hospitalières

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

- HAS – Haute Autorité de Santé – Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

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

<http://travail-emploi.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,51/travail-emploi,900/sante-au-travail,1803/rapport-sur-le-bien-etre-et-l,11292.html>

- IGAS (2012), « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? » présenté par F. LALANDE, C. SCOTTON, P-Y. BOCQUET, J-L. BONNET

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article267>

- Rapport Les comptes nationaux de la santé en 2013

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013-synthese.pdf

- Rapport juin 2015. Les comptes de la sécurité sociale.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

VIDEOS

- CLOT Y : *pour en finir avec les risques psycho-sociaux*

<https://www.youtube.com/watch?v=N6kRiG2gvWY&noredirect=1>

- CLOT Y : *Quels liens faites vous entre qualité de vie au travail et qualité du travail ?*

http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/Videos/Videos_detail?p_thingIdToShow=27653600,

- HAS. *Quels sont les ressorts de l'organisation pour améliorer la qualité de vie au travail ?*

https://www.youtube.com/watch?v=41_84XyjzDw

SUPPORTS INTERNET

- Communiqué de presse de l'OMS, 21 juin 2000, « l'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde »
http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
- INRS : les effets de l'organisation du travail
<http://www.inrs.fr/metiers/sante/etablissement-soins.html>
- ZAIDMAN, C., et al. (2014). Comptes nationaux de la santé 2013 - Edition 2014 (p. 247). France: DRESS. Retrieved from
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf P9
- SROS PRS Ile de France Le volet hospitalier
<http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf>
- Cahier des charges des unités cognitivo-comportementales en SSR
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2011/Annexe-3-Circulaire-Alzheimer-15-08-08.pdf>
- Université de PAU – 12 méthodes pour analyser le travail des opérateurs.
http://web.univ-pau.fr/~lompre/documents/Lompre_Web_Methodes.pdf
- RABARDEL P : Des motifs et des buts ...
http://www.cafepedagogique.net/lesdossiers/Pages/2010/DDP_Rabardel.aspx
- <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=2#ancre2>

TEXTES LEGISLATIFS

- Ordonnance 45-10 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale et ordonnance 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles
- Circulaire DH/DSS n° 95-23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique, expérimenté en région Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_10-5-95.pdf

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817>
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>
- Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276>
- Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2005/5/2/SANX0500028R/jo>
- Décret n°2007-101 du 25 janvier 2007
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819390>
- Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
- Loi 2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie Annexe I : Référentiel de compétences de l'assistant en soins en gérontologie
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481436&dateTexte=&categorieLien=id>
- Instruction de la DGOS n°2010-215 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0137.pdf
- Article L. 1224-1 du code du travail
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006900875>

ANNEXES

ANNEXE 1: CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS ALZHEIMER 2013

ANNEXE 2 : DIAGRAMME DE GANTT

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES IDE ET AS

ANNEXE 4 : FACTEURS DE MOTIVATION DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL. COURS MASTER 2 X.
MARCHAND

ANNEXE 5 : EXTRAIT D'ENTRETIEN IDE JOUR GHPSJ

ANNEXE 6 : EXTRAIT D'ENTRETIEN IDE JOUR HLB

ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

ANNEXE 8 : L'IMPACT DES PARTENARIATS AVEC LE GHPSJ SUR LE TRAVAIL DES SOIGNANTS

ANNEXE 9 : COMPARAISON DES PLANNINGS

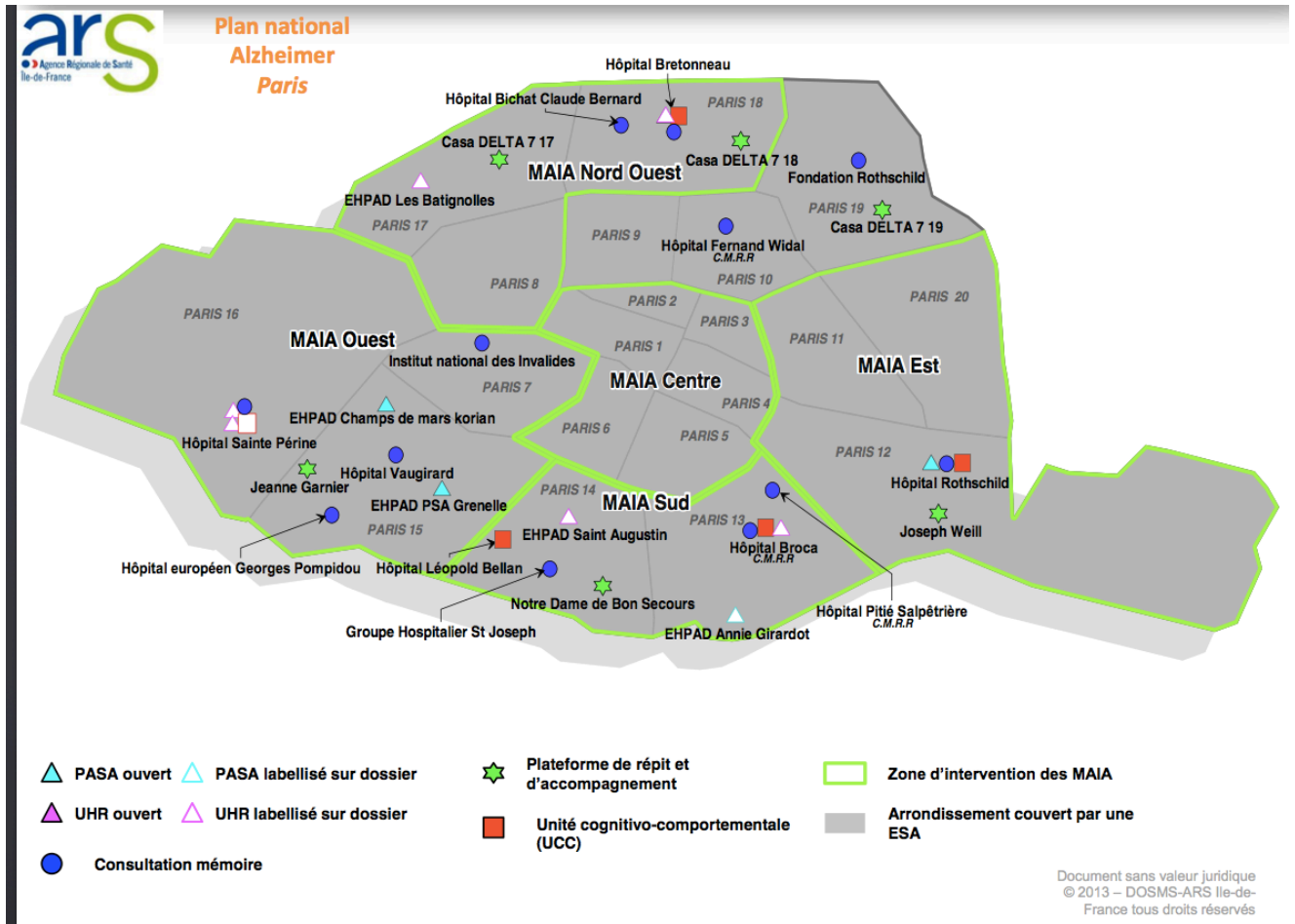
ANNEXE 10 : TABLEAU DES TEMPS TRAVAILLES ET DES ETP

ANNEXE 11 : TABLEAU DES GAINS ET PERTES

ANNEXE 12 : AUTOEVALUATION DE L'UTILISATION DE DX CARE

ANNEXE 13 : GRAPHIQUES ET TABLEAUX DE BORD

ANNEXE 1: CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS ALZHEIMER 2013



ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES IDE ET AS

Objectifs :

Recueillir des données pour analyser le travail du professionnel :

- Les tâches effectuées par le professionnel
- Organisation du travail
- Les tâches maîtrisées
- Difficultés dans le travail
- Relations dans le travail

Recueillir leur ressenti par rapport :

- Au changement
- A l'affectation dans le service de gériatrie
- Au travail en gériatrie
- Les attentes / les craintes
- Leur projet professionnel

Présentation :

En tant que futur cadre de l'unité de gériatrie aiguë, je souhaite mieux vous connaître et notamment connaître vos attentes et vos préoccupations par rapport au déménagement et à la mise en place de l'organisation dans le nouveau service. Mon objectif est aussi de comprendre comment se passe votre travail aujourd'hui, ce que vous pensez maîtriser le mieux et les domaines dans lesquels vous auriez besoin d'accompagnement.

Je fais également ce travail dans le cadre de mon cursus universitaire.

GUIDE D'ENTRETIEN

Caractéristiques personnelles

- Age, fonction
- Ancienneté dans la fonction, dans la structure, en gériatrie
- Expérience professionnelle
- Planning

QUESTIONS RELATIVES A L'ANALYSE DU TRAVAIL

Les tâches

- Déroulement de journée, description des tâches
- Tâches les plus fréquentes
- Tâches caractéristiques au travail en UGA (pour les soignants qui travaillaient dans cette unité au moment de l'entretien)
- Travail seul ou en équipe (avec IDE ou AS)
- Moyens (aides à la manutention, matelas anti escarre ...)
- Difficultés dans le travail
- Tâches les plus difficiles, que vous maîtrisez le moins
- Tâches les plus faciles
- Tâches que vous pourriez expliquer à un débutant
- Tâches les plus importantes à maîtriser dans une unité de gériatrie aigue
- Tâches les plus appréciées dans le travail, les tâches les moins appréciées.
- Sentiment d'autonomie dans le travail ou non (préciser)

Relations dans le travail

- Relations avec les collègues
- Les médecins
- Le cadre

Exigences du travail

- Responsabilités
- Satisfactions et insatisfactions par rapport au poste

QUESTIONS RELATIVES AU CHANGEMENT

Choix ou non du service de gériatrie

- les éléments du choix ou du non choix de futur service (planning, population accueillie, conditions de travail)

Attentes / craintes

- besoin d'accompagnement, de formation, peur de rencontrer une autre équipe, besoin d'information, peur du changement

Ressenti par rapport à la nouvelle organisation des soins (sectorisation, binôme)

Ressenti par rapport à l'informatisation du dossier de soin.

- Crainte ou envie de l'informatisation (besoin d'accompagnement)

Formations suivies ces 2 dernières années

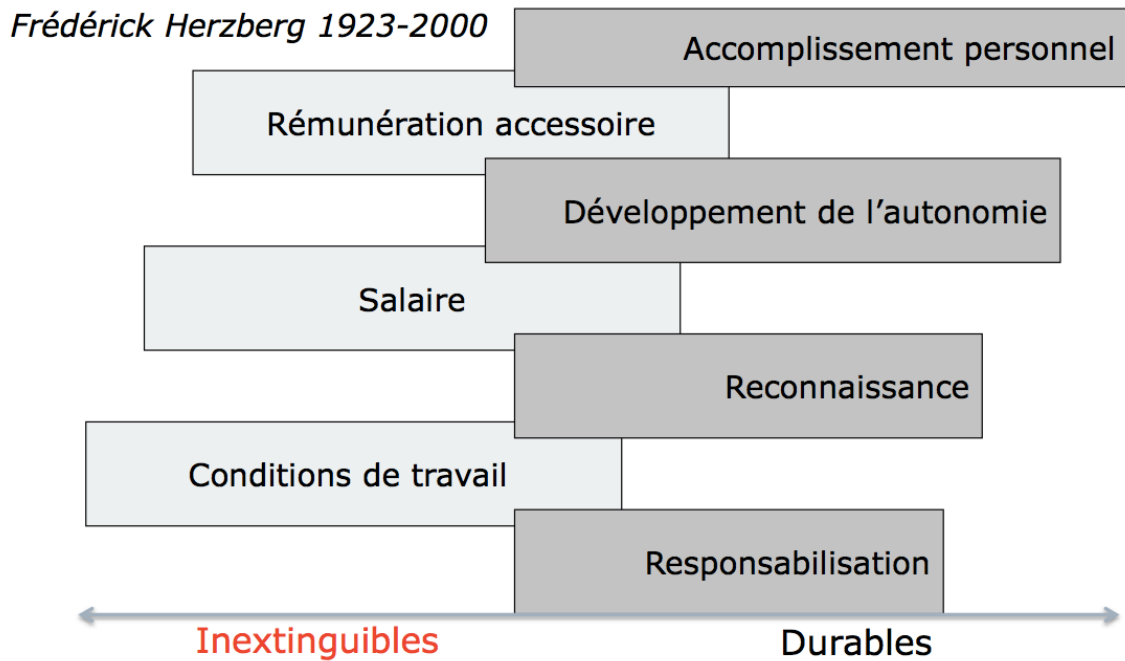
Souhaits de formations ou d'accompagnement

Projet professionnel

- Désir de mobilité professionnelle ou non

ANNEXE 4 : FACTEURS DE MOTIVATION DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL¹¹⁷

FACTEURS DE MOTIVATION ET DE MAINTENANCE DE LA SATISFACTION DANS LE TRAVAIL



¹¹⁷ MARCHAND X. (2014, 2015) Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

ANNEXE 5 : EXTRAIT D'ENTRETIEN IDE JOUR GHPSJ

L'intérêt pour la gériatrie

« Ce que j'aime le plus, c'est la prise en charge globale que l'IDE peut avoir. Il faut être pertinent dans sa réflexion. C'est nous qui pouvons induire, on peut aiguiller le médecin sur certaines choses »

« Les patients déments, je trouve que ce sont des patients très attachants, qui sont souvent maltraités par manque de connaissance de certains soignants. Je ne parle pas de maltraitance active, mais qui sont négligés parce qu'ils ne savent pas comment les prendre. Moi, ça ne me fait pas peur. Cette réflexion médicale, ces troubles du comportement, je vois ça comme un challenge. Il arrive, il est agité, il est agressif. Tiens, qu'est ce qu'on va mettre en place ? Comment je vais faire pour réussir à faire ma prise de sang ? C'est même pas tant d'avoir réussi à faire le soin technique mais c'est de se dire, il est bien. Trop souvent, les gens considèrent que la gériatrie c'est pipi, caca mais c'est beaucoup plus que ça »

L'accompagnement des fins de vie

« Les accompagnements de fin de vie, ça ne me fait pas peur non plus. C'est toujours difficile bien sûr. L'accompagnement des familles c'est important. Ça fait toujours plaisir entre guillemets quand la famille dit merci pour tout ce que vous avez fait pour lui. Et en même temps, le monsieur est mort. En même temps si on réfléchit, le monsieur est décédé et l'accompagnement est tel que les gens disent merci donc je me dis que je suis peut être pas une infirmière de réa mais l'accompagnement est bien. »

Le regard des autres sur la gériatrie

« Quand je dis que je fais cette carrière là, les gens me disent, il n'y a pas d'autres services dans ton hôpital ? Mais en même temps ça commence à changer. Quelquefois il y en a qui me disent : « Ah vous travaillez comme ça ? C'est intéressant ce que vous faites » puis il y en a d'autres qui me disent : « oui mais avec vous ça passe toujours »

Les difficultés du travail

« Les limites, ce sera peut être physique. C'est fatigant. Heureusement qu'on a les tapis de glisse. »

« Ce qui me pèse beaucoup, c'est le téléphone. Vous faites une toilette, c'est insupportable. Des fois, ça sonne 3, 4 fois. Les gens en fin de vie, les troubles du comportement, ils ont pas besoin de subir ça. Ils ont le droit que pendant un quart d'heure, je m'occupe que d'eux. Dans ces cas là, je laisse le téléphone dans le couloir »

Le travail en binôme

« On est en binôme, on fait les choses ensemble. Elle fait pas ses toilettes toute seule et je fais pas mes piqûres toute seule »

Les soins techniques

« On a beaucoup de soins techniques. On a un peu de tout. Les sondes urinaires, les perf, les bilans, les gaz du sang, les transfusions, les transfusions c'est très chronophage »

Inquiétude par rapport au changement

« La fusion, c'est pas très anxiogène. J'en ai fait plusieurs. Il y aura de nouvelles collègues. Au début, tout le monde est de son côté avec ses petites histoires. »

« Ce qui m'inquiète beaucoup, c'est le ratio de personnels / patients. Moi, aujourd'hui sur mes 9 patients, il y en a 4 qui vont très mal. Comment on va gérer ça ?

J'y vais, on va voir mais je pense qu'à un moment, le personnel va être en grande difficulté ».

ANNEXE 6 : EXTRAIT D'ENTRETIEN IDE JOUR HLB

Les horaires des entrées des patients, la prise en charge médicale et soignante, la communication avec les médecins.

« Pour les entrées, on a 2 horaires, 11h30 et 14h. ça arrive qu'ils entrent tous le matin. Aujourd'hui, on a eu 3 entrées à 11h30. »

« C'est embêtant parce qu'on est occupé avec les autres patients. ça arrive qu'on n'ait pas le temps de faire l'ECG systématique. »

« Les médecins, eux c'est à 14h qu'ils viennent voir les patients. Le matin, ils font leur tour jusqu'à 12h45 et ils partent manger et après ils voient les entrées à partir de 14h. On est obligé d'attendre 14h30 pour qu'ils nous donnent les prescriptions. C'est embêtant parfois on a des patients qui ne vont pas très bien et personne vient le voir même si on leur dit qu'il faut y aller. C'est déjà arrivé qu'il y en un qui n'allait pas bien du tout et qui est mort alors qu'ils ne l'avaient pas encore vu. Ils sont dans leur tour, ils ne veulent pas se détacher. Ils ne sont pas attentifs. Ils ne nous parlent pas. Nous on est dans nos chambres et dans nos soins. Ils font leur tour, ils demandent des choses, ils mettent des feuilles dans les dossiers qu'ils décalent : « faire ECG, retirer la sonde urinaire, peser ... »

« On attend 14h, quand on fait nos transmissions ciblées, on découvre quand on ouvre les classeurs ce qu'il faut faire. S'ils nous le disaient le matin, on aurait pu faire certains trucs tout de suite, en même temps que faire une toilette, on peut faire un soin »

La relation avec la contre équipe

« De 19h à 20h, nous, on recouche les patients, on les recharge. L'autre équipe ne les recharge pas. L'équipe de nuit apprécie beaucoup. Dans l'autre équipe, ils ne sont pas rechargés »

« Le weekend, c'est plus calme mais on a des choses en plus. On doit vérifier le chariot d'urgence une fois par mois mais ce sont toujours les mêmes qui le font. Normalement il y a un tableau, mais depuis 4 ans c'est toujours la même équipe. »

Utilisation des aides techniques pour la manutention des patients

« On n'utilise pas le lève malade, c'est pas pratique. Quand ils sont en chambre seule, ils sont en soins palliatifs (il y a seulement 4 chambres seules dans le service) et ils ne se lèvent pas.

Dans les chambres doubles, ça rentre à peine, c'est pas pratique. On essaie de faire nous même avec le plus de gens possible. »

« On n'utilise pas de tapis de glisse, on n'en a pas. Ça m'arrive d'avoir mal au dos. J'ai jamais été en arrêt. Je sais que dans le futur bâtiment, il va y avoir des lèves malades dans les chambres. Je pense que ça va beaucoup nous aider. Moi je l'ai déjà utilisé dans un autre hôpital et c'est très pratique. On peut se débrouiller tout seul »

La communication avec la famille, la circulation de l'information

« Ce qui a de plus important pour moi, c'est la communication avec la famille. Ça prend beaucoup de temps. Ça prend tout le temps de l'après midi le weekend. Souvent, c'est difficile. En semaine, ça va, si on n'arrive pas à expliquer facilement, on peut demander au médecin mais eux, la famille, c'est pas leur problème. 90% des patients sont déments et pour eux, tout ce qu'ils ont dit au patient, c'est réglé mais 5 mn après, le malade se souvient plus. Pour moi, ça va être les aidants qui vont venir m'interroger. Et il y a plein de choses où on ne sait pas quoi répondre. On ne peut même pas consulter les résultats de labo, on n'a pas le code »

« déjà pour moi, ce serait intéressant. Par exemple je vais transfuser et personne me dit quel est son taux d'hémoglobine. Pour les examens, c'est pareil, on sait pas ce qui est prévu, ce qui a été fait. Dès fois, la radio, ça fait 5 jours qu'elle a été faite mais je ne sais pas le résultat. Toutes ces petites choses, pour nous c'est important »

ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

Les IDE

	IDE HLB jour (UGA)	IDE HLB jour (médecine interne)	IDE HLB nuit (SSR)	IDE GHPSJ jour UGA	IDE GHPSJ nuit UGA
Ratio Effectif soignant/ Nombre de patient	2 IDE pour 18 patients	2 IDE pour 27 patients	1 IDE pour 17 patients	1 IDE pour 9 patients	1 IDE pour 30 patients
Les tâches	Tous les soins techniques (perfusions, bilans sanguins, gaz du sang, sondage urinaires, pansements, transfusions, prise de médicaments, aspirations, prise de constantes, ECG, Blader Scan ...), toilettes, soins relationnels, accompagnement des familles, commandes	Tous soins techniques (Idem UGA), travail relationnel, accompagnement des familles, commandes, PAS DE TOILETTE	peu de soins techniques (perfusions sous cutanées, prises de traitement, bilan sanguins ...), soins relationnels, nursings	Soins Idem HLB + Utilisation du logiciel d'informatisation du dossier de soins + utilisation du pneumatique pour le laboratoire	Soins idem jour UGA, peu de soins relationnels, pas de commande
Organisation du travail	Travail non sectorisé. Les IDE font les soins techniques, seules ou entre IDE. Les IDE font 1 à 2 toilettes par jour qu'elles sélectionnent. Les équipes sont cloisonnées et ne se rencontrent pas. UTILISE RAREMENT LE LEVE MALADE. PAS DE TAPIS DE GLISSE	Travail sectorisé pour les tâches IDE, AUCUN TRAVAIL AVEC AS	Travaille seule ou avec sa collègue AS	Travail sectorisé en binôme (toujours avec la même AS). Utilise des aides techniques (tapis de glisse, lève malade)	Travaille seule la plupart du temps sauf si patient trop lourd
Les tâches maîtrisées	Les soins techniques	Maîtrise des soins techniques		Expertise en gériatrie pour l'une des IDE	Bonne maîtrise des soins techniques. Travaille avec beaucoup de rapidité
Difficultés dans le travail	La prise en charge des soins palliatifs, la gestion des décès, la communication avec les médecins, les relations avec les familles, problème de la continuité de certains soins (pansement escarre, suivi de la dénutrition), faire des soins techniques chez des personnes agitées et confuses	La charge de travail élevée en médecine interne (27 lits, 2 IDE)	charge physique	Travailler avec le téléphone dans la poche, faire des soins douloureux	
Relations dans le travail	Communication quasi inexistante avec les médecins, relations parfois conflictuelle avec la contre équipe	Bonnes relations avec collègues et médecins	Bonnes relations avec sa collègue AS	Très bonnes relations avec équipe médicale	
Ce qu'il est important de maîtriser en UGA	La prise en charge globale du malade, le travail en binôme, le travail en équipe, la prise d'initiatives pour être réactif, les soins palliatifs, les soins d'escarre, tous les soins chez des patients âgés ayant des troubles cognitifs				

Les AS

	AS HLB jour (UGA)	AS HLB nuit (SSR)	AS HLB nuit (Médecine interne)	AS GHPSJ jour UGA	AS GHPSJ nuit UGA
Ratio Effectif soignant/ Nombre de patient	2 AS pour 18 patients	1 AS pour 17 patients	2 AS pour 27 patients	1 AS pour 9 patients	2 AS pour 30 patients
Les tâches	Toilettes, soins de nursing, soins relationnels, prise des constantes	Soins de nursing, prise des constantes, soins relationnels	Soins de nursing	Soins Idem HLB + Utilisation du logiciel d'informatisation du dossier de soins + Bionettoyage avec ASH	Soins idem jour UGA sauf Bionettoyage
Organisation du travail	Les AS travaillent seules ou ensemble, soins de nursing, toilettes, pour 1 AS Aide de l'IDE, faire des ECG, aide en cas de décompensation d'un malade (gestion de l'urgence), 1 AS s'occupe des commandes, les équipes sont cloisonnées et ne se rencontrent pas. PEU D'UTILISATION DU LEVE MALADE	Travaille seule ou avec sa collègue IDE	Travaille seule	Travail sectorisé en binôme (toujours avec la même IDE). Utilise des aides techniques (tapis de glisse, lève malade)	Travaille seule la plupart du temps sauf si patient trop lourd
Les tâches les plus appréciées	Prendre soin du malade, le bichonner, leur parler	Faire les nursing en ayant le temps de s'occuper des malades		Grande expérience professionnelle dans plusieurs services de gériatrie	
Difficultés dans le travail	Aider au repas quand il y a trop de malades à faire manger et pas assez de soignants, Ne pas travailler avec les IDE, gérer les familles le weekend, devoir s'occuper d'un malade rapidement et donc ne pas pouvoir le prendre en charge correctement	charge physique, n'aime pas prendre les constantes	charge physique	Le soins palliatifs, faire face à un décès, la charge physique, Patients qui chutent, qui fuient, qui sont lourds (faire les transferts) .	
Relations dans le travail	Peu de communications avec les médecins. Bonnes relations avec les IDE	Bonnes relations avec sa collègue IDE	Bonnes relations avec sa collègue AS	Très bonnes relations avec équipe médicale	Pas de relations avec équipe de jour, ni avec la contre équipe
Ce qu'il est important de maîtriser en UGA	le travail en équipe pour s'entr aider chez les patients difficiles (opposants, lourds)			Savoir s'occuper de malades qui chutent, qui fuient, qui sont lourds. Savoir travailler en équipe	Prendre soin des personnes âgées

ANNEXE 8 : L'IMPACT DES PARTENARIATS AVEC LE GHPSJ SUR LE TRAVAIL DES SOIGNANTS

	AVANT LE DEMENAGEMENT	APRES LE DEMENAGEMENT	REPERCUSSIONS SUR LE TRAVAIL
Informatisation du dossier de soin	Dossier papier	Dossier informatique	Nécessité de maîtriser le logiciel
Prise de rendez vous des examens d'imagerie	examens planifiés par la secrétaire hospitalière	Prescription sur DX CARE, demandes faxées au GHPSJ, rendez vous fixé par téléphone	Tâches réparties entre médecins et IDE
Organisation du brancardage	Brancardardier interne HLB ambulanciers pour examens extérieurs	Brancardage fait par brancardier HLB de 9h à 17h et par les brancardiers du GHPSJ en dehors de ces horaires	Demande faite par les IDE via un logiciel en dehors des horaires de bureau
Circuit du médicaments	PUI HLB Dotation hebdomadaire => les traitements sont préparés par la PUI	PUI GHPSJ Dotation globale	Dotation globale => les IDE préparent les piluliers et doivent se rendre à la pharmacie en dehors des heures ouvrables pour se procurer les traitements
Prescription et acheminement des prélèvements	Laboratoire HLB, prescription papier, prélèvements acheminés par brancardier	Laboratoire GHPSJ, prescription connectée, acheminement par pneumatique	Situation dégradée : recopiage des prescriptions, acheminement à pied par l'IDE des prélèvements en cas de panne du pneumatique

ANNEXE 9 : COMPARAISON DES PLANNINGS

SOIGNANTS DE JOUR						
	AVANT DEMENAGEMENT		APRES DEMENAGEMENT	AVANT DEMENAGEMENT		APRES DEMENAGEMENT
FONCTION	IDE HLB	IDE GHPSJ	IDE	AS HLB	AS GHPSJ	AS
amplitude horaire	12H	12H	12H	11H	12H	12H
Horaires de travail	7h45 - 19h45 8H15 - 20H15	7H15 - 19H15 8H15 - 20H15	7h40 - 19h40 8H20 - 20H20	8H - 19H 9H - 20H	7H15 - 19H15 8H15 - 20H15	7h40 - 19h40 8H - 20H 8H20 - 20H20
nb de wk travaillés / mois	1 ou 2	2	2	2	2	2
durée du cycle	28 jours	56 jours	28 jours	14 jours	56 jours	56
nombre de jour de travail par cycle	12	26	13	7	26	26
nb de RTT par ans	0	0	7	0	0	4
autres particularité	7 jours d'affiliée de repos par cycle de 4 semaines	7 jours d'affiliée de repos par cycle de 8 semaines	1 semaine de repos par cycle de 4 semaines		7 jours d'affiliée de repos par cycle de 8 semaines	7 jours d'affiliée de repos par cycle de 8 semaines

SOIGNANTS DE NUIT						
	AVANT DEMENAGEMENT		APRES DEMENAGEMENT	AVANT DEMENAGEMENT		APRES DEMENAGEMENT
FONCTION	IDE HLB	IDE GHPSJ	IDE	AS HLB	AS GHPSJ	AS
amplitude horaire	12H	11H30	12H	12H	11H30	12H
Horaires de travail	20H-8H	20H - 7H30	20H - 8H	20H-8H	20H - 7H30	20H-8H
nb de wk / mois	2	2	2	2	2	2
durée du cycle	28 jours	56 jours	28 jours	28 jours	56 JOURS	28 jours
nombre de jour de travail par cycle	12	24	12	12	24	12
nb de RTT par ans	0	0	0	0	0	0
R12	1 après 12 nuits travaillées	0	1 après 12 nuits travaillées	1 après 12 nuits travaillées	0	1 après 12 nuits travaillées
UNIFED	2 unifed par an	0	2 unifed par an	2 unifed par an	0	2 unifed par an
autres particularité	7 jours d'affiliée de repos par cycle de 4 semaines	7 jours d'affiliée de repos par cycle de 8 semaines	1 semaine de repos par cycle de 4 semaines	1 semaine de repos par cycle de 4 semaines	7 jours d'affiliée de repos par cycle de 8 semaines	1 semaine de repos par cycle de 4 semaines

ANNEXE 10 : TABLEAU DES TEMPS TRAVAILLES ET DES ETP

LES IDE

IDE	HLB avant déménagement		HLB après déménagement	
	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT
Nb LITS	18		34	
Nb IDE/24H	2	1	3	1
TPS de travail en H/jour	11,33	12	11,17	12
Nb de jours par cycle de 4 semaines	12	12	13	12
NB de jours fériés	10	10	10	10
Nb de RTT	0	0	7	0
Nb de R12	0	10	0	10
Nb unifié	0	2	0	2
Nb de jours travaillés / an hors CP et maladies	146	134	152	134
Tps travaillé en H par an hors CP et Maladie	1654,18	1608	1697,84	1608
Heures CP/an	189	189	189	189
Tps travaillé en H par an par personne hors maladie	1465,18	1419	1508,84	1419
ETP nécessaires	5,6	3,1	8,1	3,1
ETP jour + nuit	8,7		11,2	
ETP théoriques ramenés à 34 lits	16,5		11,2	

LES AS

AS	HLB avant déménagement		HLB après déménagement	
	JOUR	NUIT	JOUR	NUIT
Nb LITS	18		34	
Nb AS/24H	2	1	3	2
TPS de travail en H/jour	10	12	11	12
Tps de travail AS en H/an	7300	4380	12045	8760
Nb de jours par cycle de 4semaines	14	12	13	12
NB de jours fériés	10	10	10	10
Nb de RTT	0	0	4	0
Nb de R12	0	10	0	10
Nb unifed	0	2	0	2
Nb de jours travaillés / an hors CP et maladies	172	134	155	134
Tps travaillé en H par an hors CP et Maladie	1720	1608	1705	1608
Heures CP/an	189	189	189	189
Tps travaillé en H par an par personne hors maladie	1531	1419	1516	1419
ETP nécessaires	4,8	3,1	7,9	6,2
ETP jour + nuit	7,8		14,1	
ETP théoriques ramenés à 34 lits	14,8		14,1	

ANNEXE 11 : TABLEAU DES GAINS ET PERTES

	Gains ou bénéfices de la restructuration	Pertes avec la restructuration
IDE Jour HLB	Locaux neufs, matériels ergonomiques, primes de transfert (pour l'IDE provenant de médecine interne), amélioration de l'information	Perte de liberté, augmentation de la charge de travail
IDE nuit HLB	Locaux neufs, matériels ergonomiques	Charge de travail plus élevée, augmentation du nombre de soins techniques, utilisation de nouveaux logiciels, remise en cause des pratiques, choix du service non souhaitée
IDE Jour GHPSJ	Planning (plus de jours de repos)	Charge de travail plus élevée (1 IDE pour un secteur de 11 ou 12 patients au lieu de 9 patients)
IDE Nuit GHPSJ	Planning (plus de jours de repos) et cycles plus équilibrés	Charge de travail plus élevée (1 IDE pour 34 lits de gériatrie aigue par rapport à 15 lits de gériatrie aigue et 15 lits de rhumatologie)
AS Jour HLB	Locaux neufs, matériels ergonomiques, Planning (plus de jours de repos), travail en binôme	Perte de liberté, augmentation de la charge de travail, tâches supplémentaires de bionettoyage
AS Nuit HLB venant de médecine interne	Locaux neufs, matériels ergonomiques, Primes de transfert	Activité gériatrique non souhaitée
AS Nuit HLB venant de SSR gériatrique	Locaux neufs, matériels ergonomiques, Primes de transfert	Charge de travail plus élevée, choix du service non souhaitée
AS Jour GHPSJ	Planning (plus de jours de repos)	Eclatement de l'équipe, augmentation de la charge de travail (1 AS pour 11 ou 12 lits au lieu de 1 AS pour 9 lits)
AS Nuit GHPSJ	Planning (plus de jours de repos) et cycles plus équilibrés	Charge de travail plus importante (2 AS pour 34 lits UGA au lieu de 2 AS pour 15 lits UGA et 15 lits rhumatologie)

ANNEXE 12 : AUTOEVALUATION DE L'UTILISATION DE DX CARE

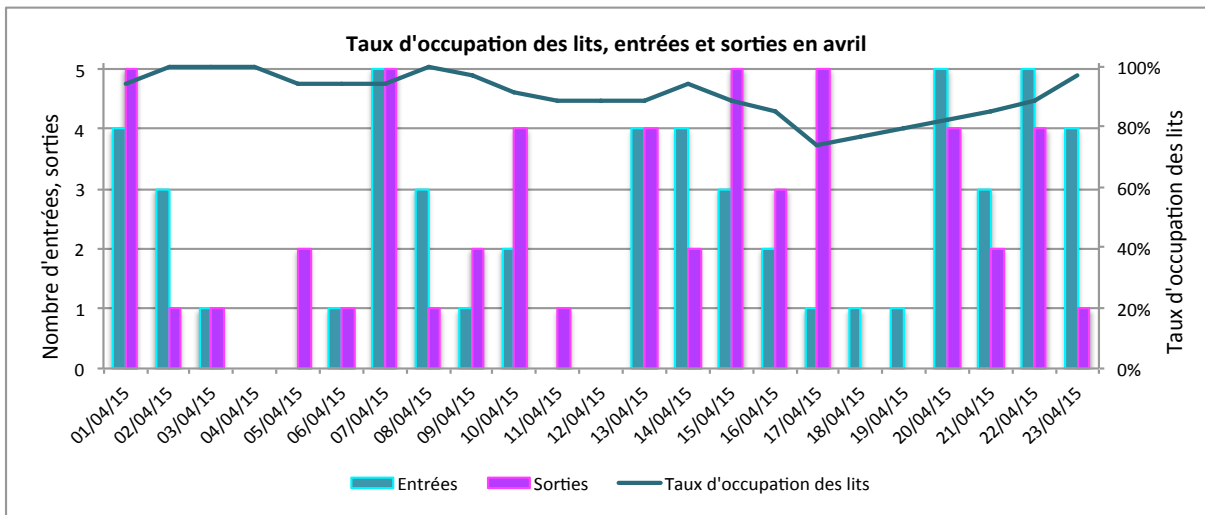
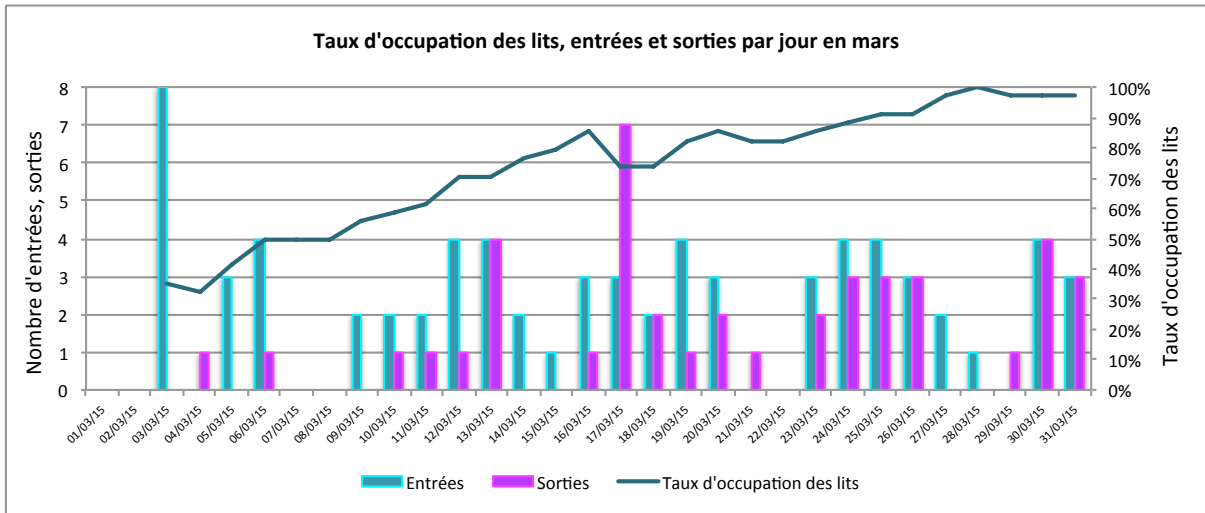
AUTOEVALUATION DE L'UTILISATION DE DX CARE

VOTRE FONCTION ?	IDE	AS	
	OUI	NON	COMMENTAIRES
Savez-vous sélectionner votre secteur de patients ?			
Renseignez vous les formulaires suivants :			
le recueil de données			
le degré d'autonomie			
l'inventaire			
la macro cible d'entrée			
la macro cible de sortie			
la fiche pansement (description de la plaie)			
la fiche pansement (suivi de la plaie)			
la fiche de liaison de sortie			
le constat de chute			
Faites vous des transmissions ciblées ?			
Faites vous des transmissions libres ?			
Consultez vous la synthèse médicale ?			
Dans la pancarte, renseignez vous les formulaires suivants :			
le diagramme de soins			
les surveillances des paramètres vitaux			
les soins techniques			
les soins relationnels			
les soins éducatifs			
la prévention risque chaleur			
utilisez vous des échelles de douleur EVA ?			
utilisez vous des échelles de douleur Algoplus ?			
Dans le plan de soins :			
Validez vous les traitements administrés ?			
Savez vous inscrire la préparation des perfusions ?			
des PSE ?			
Validez vous tous les traitements administrés ?			
Validez vous partiellement les traitements administrés ?			
Avez-vous des commentaires ?			
Avez-vous des difficultés particulières avec ce logiciel ?			
Avez-vous des suggestions pour améliorer l'utilisation de ce logiciel ?			
Avez-vous besoin de davantage de formation ?			

ANNEXE 13 GRAPHIQUES ET TABLEAUX DE BORD

Les graphes suivants présentent les résultats pour la période du 1^{er} mars au 23 avril. Les données sont issues du logiciel CERNER.

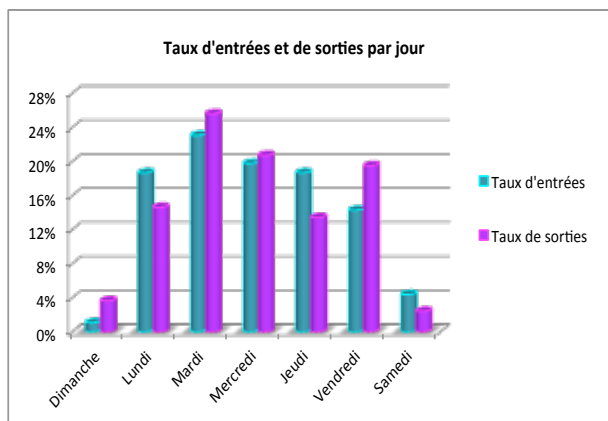
- Le taux d'occupation des lits, le nombre d'entrées, sorties



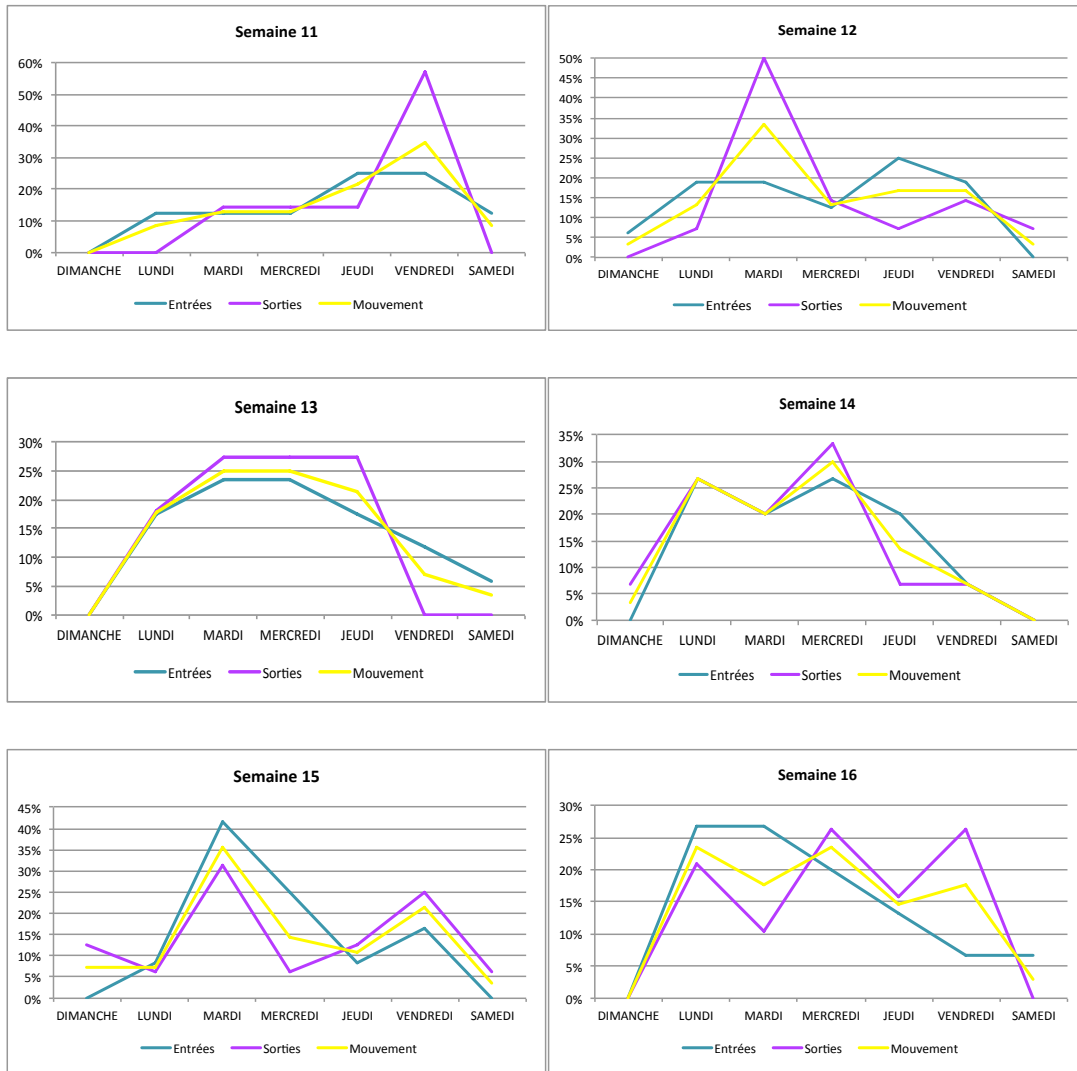
- **La répartition des entrées et sorties dans la semaine :**

Les données de la semaine 10 et semaine 17 n'ont pas été prises en compte puisque ces semaines étaient incomplètes.

La période considérée (semaine 11 à 16) comporte 93 entrées et 82 sorties.



On observe que les entrées et sorties sont très faibles le weekend. Elles se concentrent principalement sur les 4 premiers jours de la semaine avec un maximum le mardi. Le vendredi, le taux des entrées est plus faible (14%). Par ailleurs, on observe un pic de sorties le mardi (26%) (le staff social qui se déroule le lundi conditionne parfois ces sorties). Les sorties sont réparties essentiellement sur les mardi, mercredi et vendredi.

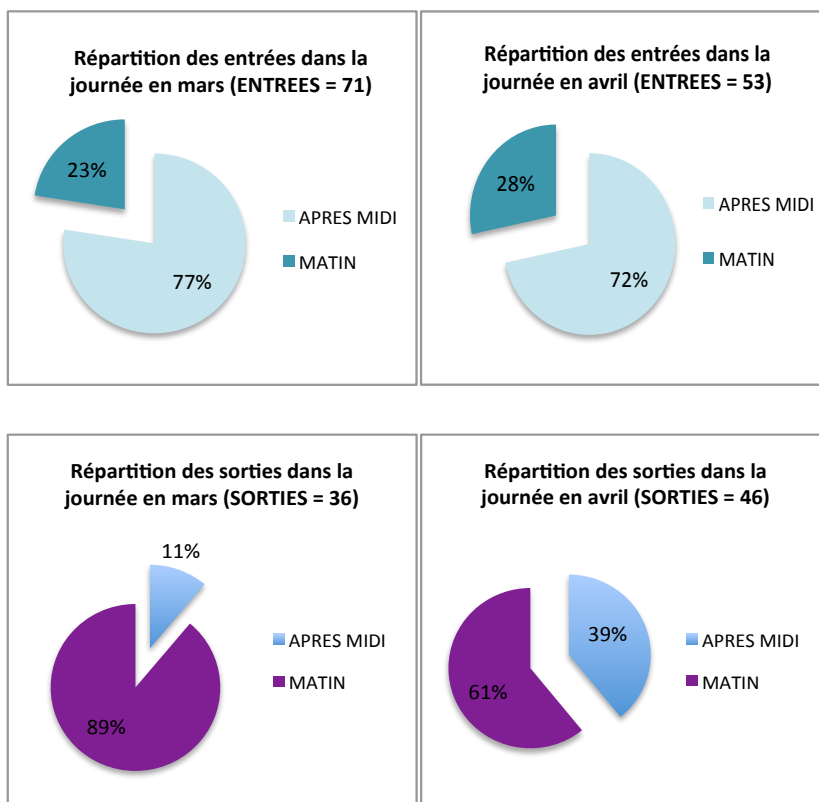


Les graphiques détaillés par semaine montrent que l'activité n'est pas lissée certaines semaines.

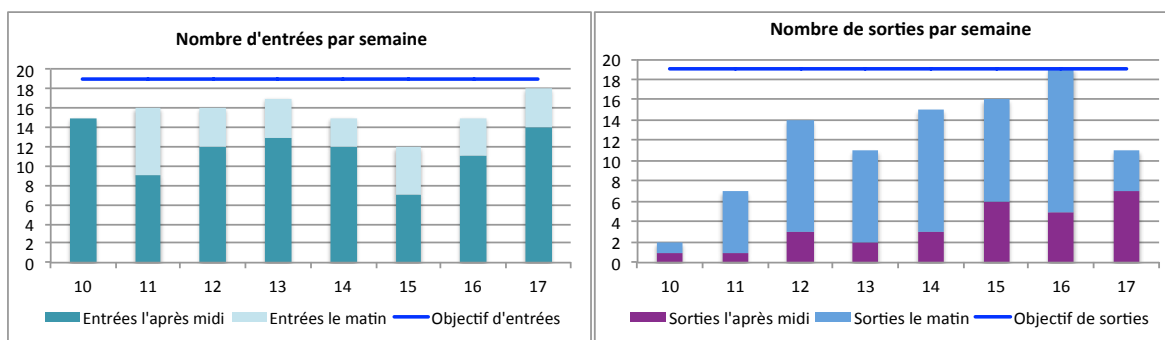
Les semaines 11 et 12 sont marquées par un pic de sorties les mardis et vendredi. Ces sorties correspondent aux patients entrés à l'ouverture du service. La semaine 14 montre en revanche un pic d'activité le mercredi. La semaine 15, l'activité est inégalement répartie avec des pics le mardi et le vendredi.

La semaine 13, l'activité est lissée avec un mouvement compris entre 18% et 25% du lundi au jeudi. La semaine 16, le taux de mouvement est compris entre 18% et 25% du lundi au vendredi mais même si le taux de mouvement est correct le vendredi (17%), le taux d'entrée est insuffisant (6%).

- La répartition des entrées et sorties dans la journée



Les graphiques suivants présentent le nombre d'entrées et sorties réparties dans la journée par semaine. Les objectifs d'entrées et de sorties sont matérialisés par le trait bleu.



Les entrées ou sorties « Matin » prennent en compte des entrées ou sorties avant 13h. Les entrées ou sorties « Après midi » prennent en compte des entrées ou sorties après 13H.

Le tableau de bord suivant propose un suivi hebdomadaire des indicateurs qu'il sera important de suivre dans l'UGA.

Semaine	Nombre d'entrées	Objectif de sorties	Nombre de sorties		Ecart réalisé	Ecart cumulé	Taux d'entrées l'après midi		Taux de sorties le matin	
10	15		2				100%	😊	50%	😞
11	16		7				56%	😞	86%	😊
12	16	19	14	😞	-5	-5	75%	😊	79%	😊
13	17	19	11	😞	-8	-13	76%	😊	82%	😊
14	15	19	15	😞	-4	-17	80%	😊	80%	😊
15	12	19	16	😞	-3	-20	58%	😞	63%	😞
16	15	19	19	😊	0	-20	73%	😞	74%	😞
17	18	19	11	😞	-8	-28	78%	😊	36%	😞

Un tableau de bord de suivi mensuel pourra également être proposé.

	Taux d'occupation moyen		DMS
MARS	73,8%	😞	13,19
AVRIL	90,40%	😞	14,26
MAI			
JUIN			
JUILLET			

Le suivi de l'activité du service de gériatrie depuis son ouverture montre que les objectifs de sortie n'ont pas été atteints pour la période considérée. Ceci est en lien avec une durée moyenne de séjours (DMS) trop importante. Les hypothèses que l'on peut émettre sont : la difficulté de trouver des structures d'aval adaptées à nos patients dont le niveau de dépendance est élevé, le délai parfois trop long des examens demandés. Un taux d'entrées insuffisant a aussi été observé certains jours (ex : 17 avril) malgré un nombre de lits disponibles.

Les deux premiers mois ont été marqués par une organisation difficile (manque de matériels, processus des partenariats avec le GHPSJ insuffisamment formalisés et fonctionnement en mode dégradé). Tout ceci a pu impacter l'activité du service. En conséquence, le souci de répartir correctement la charge de travail sur la journée et sur la semaine reste une priorité. De même, il me semble important de mettre en place un suivi hebdomadaire de l'activité pour une meilleure maîtrise de celle-ci.

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

TITRE DU MEMOIRE

Accompagnement au changement lors de la restructuration et du déménagement de l'hôpital Léopold Bellan. Exemple de l'unité de gériatrie aiguë

AUTEUR

FREDERIQUE BAUCHE

MOTS-CLES

Accompagnement au changement, restructuration et déménagement, culture partagée

KEYWORDS

Change management, reorganization and move, shared culture

RESUME

L'objet de ce projet est un accompagnement au changement d'une équipe paramédicale du service de gériatrie aiguë (regroupement de deux services d'hôpitaux différents) dans le cadre du déménagement et de la restructuration de l'hôpital Léopold Bellan. L'objectif principal est de mettre en place la future organisation. Les enjeux sont, d'une part, la performance (atteinte des objectifs d'activité et de prise en charge des patients) et, d'autre part, l'accompagnement humain (mobilisation des personnels). Les objectifs secondaires sont la construction d'une culture partagée et le développement des compétences. L'accompagnement au changement est fondé sur la mise en place de la démarche participative avec la création d'espaces d'échanges interprofessionnels. L'objectif poursuivi est de favoriser la collaboration par l'amélioration de la communication et du sentiment de reconnaissance.

ABSTRACT

This project concerns change management of a paramedical team of the acute geriatrics unit (built from the merger of two different hospital units) during the move and reorganisation of Léopold Bellan hospital. The main goal of this project is to design and setup the future organization. The stakes are, first, efficiency (achievement of the activity goals and patients care) and, second, human coaching (staff involvement). The secondary goals are to build a shared culture and skills development. The change management is based on a participative approach through the implementation of inter-professional exchange forums. The objective is to favour collaboration through communication improvement and recognition feeling.