

Master 2^{ème} année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

La réingénierie des consultations externes de chirurgie
digestive et vasculaire : un levier managérial pour
accompagner un déménagement

ECUE 3.2

Intervenants : Isabelle Fauchon-Robineau
Dominique Letourneau

Laëtitia BERANGER

Année 2017/2018

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je remercie l'Institut de formation Montsouris pour la qualité de l'enseignement des intervenants et l'accompagnement pédagogique tout au long de cette année.

Tous mes remerciements vont également vers mon Etablissement qui m'a accompagné dans cette démarche de développement professionnel et personnel.

Je suis également reconnaissante à l'égard de toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Un remerciement plus particulier à mes amis, ma famille et particulièrement mon mari et mes enfants pour leur soutien, présence et patience.

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	3
INTRODUCTION.....	5
1. Le Contexte du Centre Hospitalier du Mans.....	7
1.1 Le territoire Sarthois.....	7
1.1.1 Les données démographiques.....	7
1.1.2 Les données épidémiologiques.....	9
1.1.3 Les données socio-économiques.....	11
1.2 Les caractéristiques du CHM.....	16
1.2.1 Un peu d'histoire pour comprendre son évolution.....	16
1.2.2 Son activité et sa situation socio-économique.....	18
1.2.3 Ses ressources humaines.....	25
1.3 Le projet Ambulatoire-Regroupement des spécialités-Cheminement, ARC.....	27
1.3.1 Son architecture.....	28
1.3.2 Les grands principes d'organisation.....	29
1.3.3 Sa mise en œuvre.....	29
2. Les consultations au CHM : d'aujourd'hui à demain.....	31
2.1 Les consultations externes de chirurgie aujourd'hui.....	31
2.1.1 Les ressources en consultation externe de chirurgie.....	32
2.1.2 L'activité dans ces services de consultation.....	35
2.1.3 L'impact économique des consultations.....	38
2.2 Le diagnostic organisationnel des services de consultation.....	40
2.2.1 L'activité paramédicale.....	42
2.2.2 Les processus organisationnels réels.....	53
2.2.3 La synthèse de l'analyse.....	56
2.3 La réingénierie des organisations.....	62
2.3.1 Le projet institutionnel.....	63
2.3.2 Le projet stratégique.....	63
2.3.3 La commande de la Direction des Soins.....	64
3. Le professionnel sur son cœur de métier.....	65
3.1 Le développement de la consultation infirmière.....	66
3.1.1 La cartographie des compétences.....	67
3.1.2 Les différents types de consultation infirmière.....	72
3.1.3 Les facteurs de réussite et points de vigilance.....	85
3.2 La transformation de l'organisation de travail.....	90

3.2.1	Le changement fonctionnel, culturel et politique.....	90
3.2.2	Un plan de formation nécessaire.....	93
3.2.3	Le processus de mobilité.....	95
3.3	Le dispositif d'évaluation de cette nouvelle organisation.....	96
3.3.1	Les indicateurs de réussite.....	96
3.3.2	Un processus d'évaluation formalisé et connu de tous.....	97
4.	Conclusion.....	98

BIBLIOGRAPHIE.....	100
---------------------------	------------

TABLE DES ANNEXES

Liste des abréviations/Glossaire

AA :	Agent administratif
ALD :	Affection de Longue Durée
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
AMA :	Assistante Médico-Administrative
AMI :	Acte Médico-Infirmier
AMP :	Aide Médicale à la Procréation
ARC :	Ambulatoire-Regroupement des spécialités-Cheminement
ARS :	Agence Régionale De Santé
AS :	Aide-soignante
CHM :	Centre Hospitalier Le Mans
CA :	Chiffre d'Affaire
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
CCC :	Comité de Coordination en Cancérologie
CDU :	Commission Des Usagers
CH :	Centre Hospitalier
CHIC :	Centre Hospitalier Inter Communal
CHM :	Centre Hospitalier Le Mans
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD :	Comité de Lutte contre la Douleur
CMCM :	Centre Médico-Chirurgical du Mans
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CODIR :	Comité de Direction
COMEDIMS :	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux
COPERMO :	Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRC :	Centre de Recherche Clinique
CRLCC :	Centre de Lutte Contre le Cancer
CREX :	Comité de Retour Sur Expériences
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
CSTH :	Commission de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
DAF :	Direction des Affaires Financières
DHAL :	Direction de l'hôtellerie des achats et de la Logistique
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DPC :	Développement Professionnel Continu
DRH :	Direction des ressources Humaines
DS :	Direction des Soins
DSI :	Direction du Système d'information
DT :	Direction des services Techniques
EHLIAS :	Equipe Hospitalière de Lutte contre les Infections Associés aux Soins

EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
FSE :	Forfait Soins Externes
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT :	Groupement Hôpital Territoire
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC :	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité en Santé
HPDD :	Hospitalisation à Durée Déterminée
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
HUGO :	Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest
IAO :	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IFAS :	Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INCA :	Institut National du Cancer
INSEE :	Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques
IP DMS :	Indice de Performance – Durée Moyenne de Séjour
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
ISS :	Inégalités Sociales de Santé
IVT :	Intra-Vitréenne
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MIGAC :	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MOS :	Management des Organisations Soignantes
NGAP :	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OCT :	Optical Coherence Tomography (= tomographie de cohérence optique)
ONDAM :	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
ORS :	Observatoire de la Santé
PHRIP :	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PRADO :	Programme de Retour A Domicile
PRS :	Projet Régional de Santé
RAAC :	Réhabilitation Améliorée Après la Chirurgie
RH :	Ressources Humaines
PSSL :	Pôle Santé Sarthe et Loir
PTBO :	Plateau Technique des Blocs Opératoires
SAFE :	Service d'Accueil et de Facturation des soins Externes
SARM :	Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR :	Soins de Suite et Réadaptation
T2A :	Tarifification A l'Activité

Introduction

Le Centre Hospitalier Le Mans, CHM, est l'un des plus grands Centres Hospitaliers non universitaires de France. Cet établissement s'est, depuis une dizaine d'années, restructuré pour, à la fois, adapter son offre de soins aux besoins de la population sur le territoire et au-delà de celui-ci, mais aussi pour optimiser la qualité et la sécurité des soins en s'inscrivant dans le processus de certification dès 2005¹, gage de fidélisation de la patientèle mais aussi de recrutement, et enfin pour développer son activité afin de faire face à la concurrence et redresser la situation financière. Dans le cadre du plan hôpital 2007², le CHM a mis en place les pôles dès 2005, à titre expérimental, et ceux-ci n'ont cessé d'évoluer durant ces dernières années. L'évolution des réformes hospitalières, telle la loi Hôpital Patient Santé Territoire, HPST³, complétée par la loi de modernisation de notre système de santé⁴, incitent les établissements de santé à améliorer leurs dispositifs de prise en charge des patients, notamment à les fluidifier, en développant les parcours patients⁵ à travers les filières rapides de prises en charge. Le CHM s'inscrit donc dans ces évolutions en poursuivant son projet d'établissement appelé « projet CHM 2020 ». Le paysage du CHM va poursuivre sa modernisation, nécessaire, indispensable même si elle est risquée et d'autant plus compliquée que la Sarthe se caractérise par un territoire très rural, peu enclin avec les évolutions de la prise en charge ambulatoire. D'autres facteurs externes sont nombreux et imprévisibles, notamment la situation économique du pays, les contraintes sur les budgets, l'évolution des professions médicales, le niveau des prix et des tarifs avec la Tarification à l'Activité, T2A⁶. Les professionnels du CHM forment un ensemble riche et solide de savoir-faire et d'engagements professionnels. Ils ont démontré leur capacité d'adaptation en proposant de nouvelles organisations et de nouvelles pratiques pour accompagner les restructurations. Le CHM a conscience que les années à venir vont être complexes à traverser en raison de l'accélération des changements et des restrictions financières inévitables. C'est pourquoi, il a prévu de se projeter, à nouveau, dans l'avenir pour imaginer un hôpital moderne, attractif et animé par un projet commun, donnant du sens à l'action de chacun de ses professionnels. Ce projet lancé, en février 2012, sous l'égide du bureau de la Commission Médicale d'Etablissement, CME, avec la participation de plusieurs centaines de professionnels et avis de personnes extérieures (usagers, associations, professionnels de santé...) s'inscrit dans les orientations du Projet Régional de Santé⁷, PRS, et se décline en projets opérationnels suivis dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, CPOM, passé avec la tutelle. C'est dans ce contexte, que la Directrice des Soins du CHM m'a demandé de prendre en responsabilité l'ensemble des consultations externes de chirurgie le 13 novembre 2017, auxquelles se sont rajoutées les consultations d'anesthésie à la fin janvier 2018. Le développement rapide des nouvelles technologies dans le domaine de l'anesthésie, la radiologie et la chirurgie incitent les établissements de santé à prendre le virage ambulatoire, et nous invite, ainsi, à réfléchir à des organisations soignantes plus performantes au profit du

¹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

² Ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de santé. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [Consultée le 01 novembre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

⁵ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance Maladie, ayant mis en place le parcours de soins coordonné du patient, renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. [Consulté le 01 novembre 2017]. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf.

⁶ Plan hôpital 2007 portant réforme du financement des établissements de santé avec la T2A. [Consulté le 08 octobre 2017]. Disponible : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-1ere-generation-2012-2016>.

⁷ Projet régional de santé 2013-2017. [Consulté le 01 novembre 2017]. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/projet-regional-de-sante-2013-2017-0>.

parcours patient, opportunité que je saisis pour préparer et accompagner le futur déménagement de ces différents services vers un nouveau bâtiment appelé Plantagenêt. Mon projet managérial s'inscrit donc dans le projet d'établissement et dans les évolutions nationales. Pour des raisons de temporalité, je m'intéresserai avant tout au management des organisations soignantes, levier indispensable à l'optimisation des organisations et au développement de la culture de projet. Dans un premier temps, je présenterai le CHM sur son territoire avec ses différentes caractéristiques. Dans un second temps, je vous présenterai le diagnostic organisationnel des consultations externes de chirurgie à partir de l'analyse de l'existant, avec les perspectives d'évolution à travers le projet stratégique. Dans un troisième temps, je vous soumettrai un exemple de restructuration des organisations en consultation externe de chirurgie vasculaire et digestive, centré, à la fois, sur le patient et aussi, sur le cadrage du professionnel sur son cœur de métier, sur un territoire très marqué par sa ruralité, et une attractivité médicale et paramédicale affaiblie.

1 Le Contexte du Centre Hospitalier du Mans

1.1 Le territoire Sarthois

Le CHM se situe dans la ville du Mans, au nord-ouest. Ainsi, il est facilement accessible pour les patients venant du nord de l'agglomération (Alençon) et de l'ouest (route de Laval), mais l'accès est moins facile pour les habitants résidants au sud du département. La ville du Mans appartient au territoire sarthois. La Sarthe est l'un des cinq départements de la région des Pays de la Loire. Le territoire est doté de 20 Etablissements de santé, que ce soit des Centres Hospitaliers, Hôpitaux locaux, Centres de rééducation, Centres de Soins de Suite et réadaptation, SSR et cliniques. Le Centre Hospitalier du Mans est l'un des plus grands hôpitaux non universitaires de France, comparable en nombre de lit au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, CHU, situé à 45 minutes du Mans. L'offre de soins sur le territoire sarthois est très variée. Le département de la Sarthe se caractérise par une densité en lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, MCO, proche de la moyenne nationale et une densité plus importante de lits de SSR. Pourtant, le CHM s'interroge régulièrement sur ces lits d'aval, car il doit souvent faire face à un délai d'attente non négligeable avant de transférer un patient en SSR. Cette problématique résulte entre-autre des difficultés relatives à la mise en place d'aide à domicile ou de placement en structures médicalisées pour les patients âgés sur le territoire de la Sarthe. Ce constat est corroboré par les propos de Marie-Sophie Desaulle⁸, lorsqu'elle a annoncé que la Sarthe avait le taux d'équipement le plus faible de la région en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, EHPAD, même s'il demeurerait supérieur à la moyenne nationale. En plus, la Sarthe doit faire face à une densité faible de médecins généralistes alors que la population est vieillissante : la Sarthe comptait en 2010, 12,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants, soit un taux inférieur de 20% à la moyenne nationale et 12% à la moyenne régionale⁹. Ce qui entraîne une augmentation constante du nombre de passage au Service d'Accueil des Urgences, SAU, faute de médecins traitants. Pour pérenniser et amplifier sa place sur le territoire sarthois, le CHM tente d'agir sur deux axes. Tout d'abord, en déclinant les orientations du projet régional de santé, plaçant la personne soignée au cœur du système de santé et en organisant la proximité tout en maîtrisant les risques. Et aussi en s'intégrant dans un Groupement Hôpital Territoire, GHT, comme établissement support comprenant 9 autres établissements de santé, ayant pour objectif d'optimiser les coopérations afin de garantir un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Un territoire se caractérise avant tout par sa démographie, son épidémiologie et sa situation économique, que nous verrons dans la prochaine partie.

1.1.1 Les données démographiques

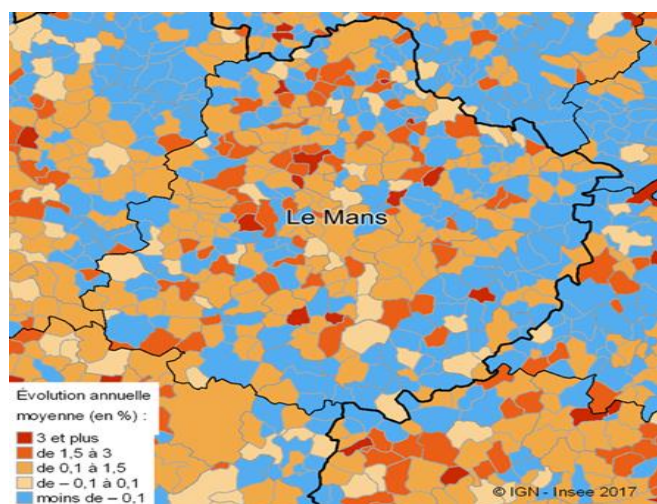
La ville du Mans compte 196006 habitants¹⁰ pour 569035 pour la Sarthe sur une superficie de 52 kilomètres carrés et 6206 pour la Sarthe. Ceux-ci étant répartis sur 368 communes. **La Sarthe connaît une faible croissance démographique (+0,3%)** bien inférieure à la Loire-Atlantique, le Maine et Loire et la Vendée, ce qui la place au 4^{ème} rang, juste devant la Mayenne sur sa région, et au 52^{ème} rang au niveau national.

⁸ Dessaulle M-S. Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé, ARS, Pays de la Loire et présidente de la collégiale des Directeurs généraux d'ARS. Hospimédia. Interview réalisée le 02 septembre 2014. [Consulté le 11 novembre 2017]. Disponible : <http://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/20140902>.

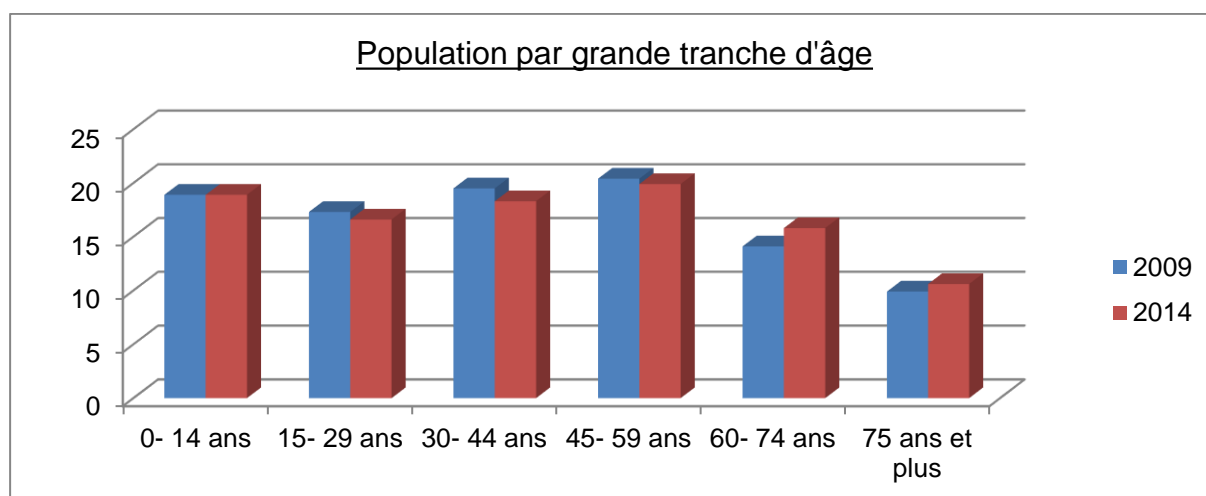
⁹ Rapport Santé Territoires. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : <http://www.adcf.org/files/Publications/AdCF-RapportSanteTerritoires-Light-ok.pdf>; page 11 et 12 .

¹⁰ Statistiques. INSEE. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2539594>.

Evolution annuelle de la population sur le département de la Sarthe



Le Mans connaît le plus fort gain de population dans son département, mais modéré par rapport à la région. L'augmentation s'explique exclusivement par l'excédent de naissance sur les décès, le solde migratoire étant nul. Comme le montre la carte ci-dessus, le dynamisme démographique est plus important pour les communes péri-urbaines composant la couronne mancelle, ainsi que le long des axes routiers le Mans-Angers et le Mans-Laval. Au total, 151 des 368 communes de la Sarthe connaissent une baisse de leur population entre 2009 et 2014. Les plus impactées étant les communes de la Ferté-Bernard, Mamers, la Flèche et St Calais, toutes disposent d'un Centre Hospitalier.

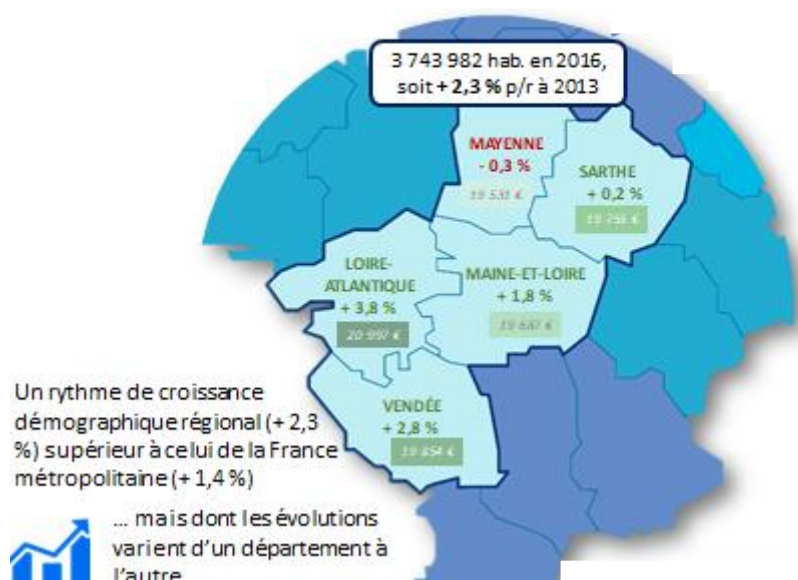


Source : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

Comme le montre ce graphique, à l'image de la France, **la population est vieillissante en Sarthe**, puisque les plus de 60 ans représente 26,4 % de la population en 2014 alors qu'elle ne représentait que 24% en 2009. L'évolution de la démographie nationale, caractérisée par la croissance et le vieillissement de la population, impliquera dans les prochaines années une augmentation des besoins en soins. Le CHM est d'autant plus impacté qu'il occupe une place centrale au sein d'un territoire de santé qui est significativement marqué par les évolutions de la démographie nationale : selon l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes

Economiques, INSEE¹¹, 31,9% de la population sarthoise aura plus de 60 ans en 2030 contre 29,3% en France. La croissance et le vieillissement de la population va se traduire par une évolution des caractéristiques des populations soignées, avec **une prévalence plus élevée des pathologies chroniques**¹² évoluant avec l'augmentation de l'espérance de vie. La Sarthe est particulièrement concernée par ce phénomène. Ces évolutions vont nécessairement demandées au CHM d'adapter ses modes de prises en charge et d'accompagnement des patients.

Le revenu médian dans la région des Pays de La Loire



Source : Séminaire FHF, Offre de soins et attractivité dans la région Pays de la Loire, 13 décembre 2017.

Les communes dites communément « riches » se concentrent, à l'exception de la ville d'Allonnes autour du Mans. A titre d'exemple, le revenu médian annuel en Sarthe est de 19755 euros contre 20185 au niveau national. Malgré tout, pour certaines communes, comme Saint-Pavace, il est nettement supérieur et s'élève à 26 760 €. Plus on s'éloigne de la couronne périurbaine du Mans, plus le revenu médian va en diminuant. Dans certaines communes excentrées, telle Blèves à la périphérie nord du département, le revenu médian annuel n'excède pas 15 500 €. Des territoires plus « pauvres » se dessinent notamment dans le Pays Marollais et le Pays de Sillé. Les populations moins aisées ont plus souvent recours au service des urgences du CHM, puisqu'il n'y a pas d'avance de frais des soins. Comme le montre la carte ci-dessus, **la Sarthe se classe 3^{ème}, au niveau du revenu médian**, de sa région après la Loire-Atlantique et la Vendée, mais devant le Maine-et-Loire et la Mayenne.

1.1.2 Les données épidémiologiques

L'espérance de vie :

En Mai 2017, un rapport de l'Observatoire de la Santé des Pays de la Loire, ORS, précise qu'en 2015, l'espérance de vie à la naissance des sarthoises est d'environ 85,1 ans contre

¹¹Statistiques. INSEE. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-72>.

¹² Letourneau D. « Stratégie Nationale de Santé ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.1.

78,8 ans pour les hommes¹³. **Cet écart est important puisqu'il représente 6,3 ans** (6,1 en France). Le constat est globalement similaire pour les cinq départements de la région. Cet écart hommes-femmes est le reflet de la surmortalité masculine, qui s'observe dans toutes les classes d'âge. L'écart entre les deux sexes apparaît plus marqué dans la région qu'au plan national, notamment chez les jeunes adultes. Dans ce rapport, il est précisé que **l'espérance de vie à la naissance des hommes est inférieure à la moyenne nationale** en Loire-Atlantique et en Sarthe. Malgré tout, entre les années 2000 et 2015, nous constatons une augmentation de l'espérance de vie des hommes (de 75.8 à 78.8 en Sarthe) et des femmes (de 83.5 à 85.1). **Le taux de mortalité** est plus important chez les ligériens et ligériennes entre 18-24 ans qu'en France, mais en **recul en Sarthe**. Dans notre département, la mortalité est inférieure à la moyenne nationale pour les maladies de l'appareil circulatoire, mais plus importante pour les cancers. Elle est supérieure de 6 % à la moyenne nationale pour les morts violentes. **Chez les hommes, les principales causes de mortalité dites prématurées**, soit avant 65 ans, sont liées dans l'ordre suivant aux **cancers du poumon, du côlon-rectum et du foie, des voies aérodigestives supérieures** puis, au 2^{ème} rang, les suicides, au 3^{ème} rang les accidents de transport et de la vie courante, au 4^{ème} rang **les pathologies directement liées à l'alcool** (atteintes hépatiques et troubles mentaux), et au 5^{ème} rang les cardiopathies ischémiques. **Pour les femmes, la mortalité prématurée est liée d'abord aux cancers du sein, puis du poumon et du côlon-rectum**, aux suicides, et enfin aux pathologies directement liées à l'alcool (atteintes hépatiques et troubles mentaux). La mortalité prématurée évitable dans les Pays de la Loire est supérieure de 11 % à la moyenne nationale. **En Sarthe, pour les hommes, elle est de 28% supérieure à la moyenne nationale**. La principale cause étant la consommation excessive d'alcool responsable des maladies alcooliques du foie, cirrhose du foie (+ 17 % par rapport à la moyenne nationale), des troubles mentaux et du comportement liés à cette consommation d'alcool (+ 19 % par rapport à la moyenne nationale), ou pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque comme dans les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (+ 13 % par rapport à la moyenne nationale), les accidents de la route (+ 21 % par rapport à la moyenne nationale), et les suicides (+ 40 % par rapport à la moyenne nationale).

Les bénéficiaires de l'ALD :

Au cours des deux dernières décennies, **la proportion de personnes relevant du régime général d'assurance maladie bénéficiant du dispositif des Affections de Longue Durée, ALD, a fortement progressé dans la région, illustrant la montée en charge des maladies chroniques** à l'image de la France, ce qui prouve que les ligériens ont recours régulièrement aux soins voire aux hospitalisations. En 2015, un Ligérien sur 6 a été hospitalisé au moins une fois dans l'année en court séjour, donnée en progression dans notre région par rapport à la moyenne nationale (+0,4% en 2017)¹⁴. Cette augmentation est avant tout liée à la croissance démographique et au vieillissement de la population qui a plus souvent recours aux hospitalisations. Les principales raisons pour lesquels les ligériens sont hospitalisés sont les maladies de l'appareil digestif, les tumeurs, les maladies en lien avec les troubles musculosquelettiques, les lésions traumatiques, les pathologies de l'œil et les troubles du comportement.

Le taux de fécondité :

La région des Pays de la Loire connaît **un indice de fécondité supérieur à celui nationale soit 2,04 contre 1,98 en France**, même s'il tend à diminuer ces deux dernières années. L'âge des femmes en âge de procréer ne cesse d'augmenter (30,3 ans en 2014 alors qu'il était de 28 en dans les années 90) posant donc des problèmes en santé périnatale, puisqu'il augmente

¹³ ORS Pays de la Loire ; La santé des habitants des Pays de la Loire 2017. [Consulté le 15 octobre 2017] ; disponible : <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/articles/la-sante-des-habitants-des-pays-de-la-loire>; page 9 à la page 32.

¹⁴ ORS Pays de la Loire ; La santé des habitants des Pays de la Loire 2017. [Consulté le 15 octobre 2017] ; disponible : <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/articles/la-sante-des-habitants-des-pays-de-la-loire>; page 9 à la page 32.

les risques de naissances prématurées et de petit poids, et les problématiques d'infertilité et de recours à une Assistance Médicale à la Procréation, AMP.

Malgré un indice de fécondité supérieur à 2, **la Sarthe est un territoire vieillissant**, avec une augmentation des pathologies chroniques et un taux de mortalité par cancer supérieur à la moyenne nationale. A ces constats se rajoute, sur le territoire sarthois, la pénurie médicale associée à une attractivité moindre pour certaines catégories paramédicales.

1.1.3 Les données socio-économiques¹⁵

Des inégalités sociales marquées :

En France, contrairement à d'autres pays européens de même niveau de développement économique et social, les Inégalités Sociales de Santé, ISS, sont très marquées, notamment chez les hommes. Elles se traduisent par un écart d'espérance de vie entre groupes socioprofessionnels. Par exemple, entre 2009-2013, les hommes cadres de 35 ans avaient une espérance de vie 6 ans supérieure à celle des ouvriers, qui, eux vivent plus d'années avec des incapacités. Aussi **la prévalence de nombreuses maladies est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés comme pour les affections métaboliques (diabète), les pathologies cardiovasculaires, les maladies cancéreuses et la santé mentale**. Dans la région, il se retranscrit indirectement dans la manière dont les Ligériens perçoivent leur état de santé : 88 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur en ont une perception positive, contre 73 % parmi celles ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat. La prévalence du tabagisme chez les Ligériens de 15-75 ans buvant quotidiennement de l'alcool et ayant une consommation à risque chronique (y compris de dépendance) est plus élevée parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Les problèmes de surcharge pondérale y sont également plus fréquents, et ce dès l'enfance : à 5-6 ans, 11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont concernés, contre 7 % des enfants des autres catégories socioprofessionnelles. Entre 15 et 75 ans, la prévalence de l'obésité est deux fois plus importante chez les Ligériens ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat que chez ceux ayant un niveau supérieur. Dans le cadre du cancer, sur le territoire sarthois, **l'impact des inégalités sociales est visible tout au long du parcours du patient avec un gradient social en défaveur des catégories socioéconomiques les plus modestes**. Les comportements favorisant la survenue d'un cancer, comme le tabagisme ou certaines habitudes nutritionnelles, s'expliquent par une mauvaise perception des effets cancérigènes liés à ces comportements à risque.

La situation économique :

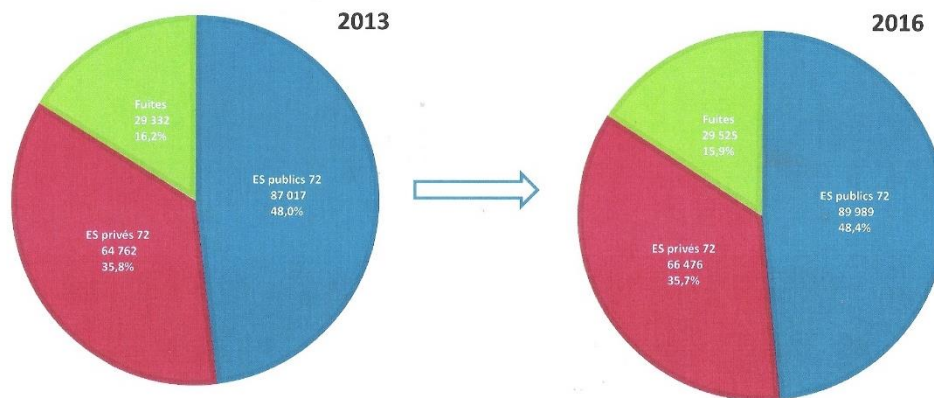
Au niveau économique, la Sarthe est un **territoire dynamique**. Il est doté d'une association Sarthe développement qui a permis d'accompagner ces 5 dernières années 478 investissements d'entreprises et 3 229 emplois associés, de contribuer à l'implantation de 47 nouvelles entreprises ayant générées la création de 538 nouveaux emplois. En matière de tourisme, l'année 2017 a été une année prospère avec l'augmentation du nombre de nuitée étrangères dans les hôtels, chambres d'hôtes notamment avec une clientèle chinoise en forte augmentation. La Sarthe est dotée d'un riche patrimoine architectural, historique et économique à l'image du circuit des 24heures du Mans, sur lequel sont proposés, tous les week-ends, des manifestations, **pouvant accroître les besoins en santé et le recours au service des urgences du CHM**.

¹⁵ ORS Pays de la Loire. Diagnostic Santé 2017. Départements de la Sarthe. [Consulté le 15 décembre 2017] ; disponible : <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/articles/diagnostic-santé-2017>.

On peut donc dire, qu'à l'image nationale, **les comportements à risque pour la santé** sur notre territoire sont étroitement **liés au groupe social d'appartenance** et au contexte socioéconomique et culturel. Il en va de même pour l'accès à l'éducation et aux soins. D'un point de vue économique, la Sarthe est un **département entreprenant et proactif**.

Comme nous l'avons vu, le territoire sarthois est relativement vaste. Il est doté de nombreux établissements de santé, ce qui laisse le choix au patient pour sa prise en charge.

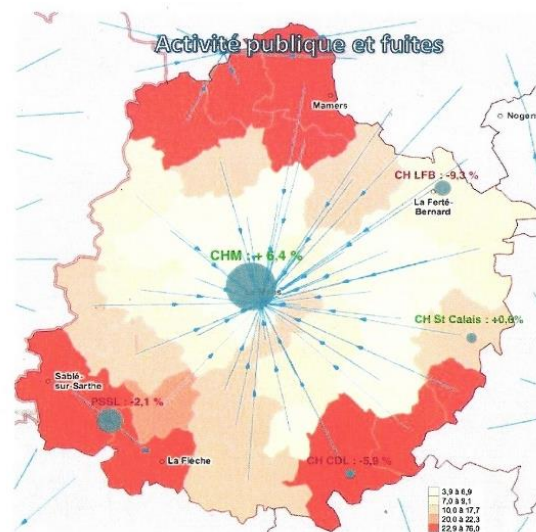
Prise en charge sanitaire des Sarthois :



Source : Données du CHM, janvier 2017, contrôle de gestion.

La prise en charge sanitaire des sarthois est avant tout effectuée dans les Etablissements publics (48,4%), en légère augmentation entre 2013 et 2016, au détriment des établissements privés et des autres établissements hors Sarthe. Malgré tout, comme le montre le schéma ci-dessus, l'activité du public, du privé et des autres établissements hors Sarthe n'a cessé de croître entre 2013 et 2016. +3,4% pour les établissements publics, + 2,6% pour les établissements privés et +0,7% pour les établissements hors Sarthe.

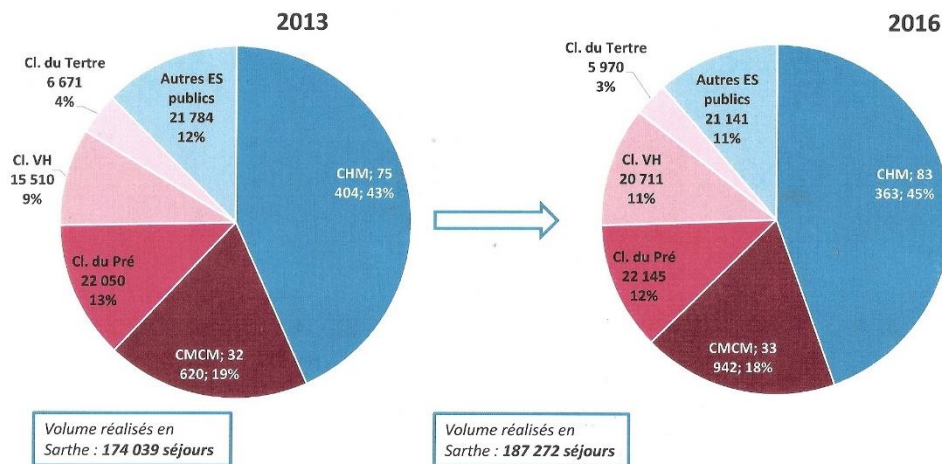
Répartition de l'activité publique sur le territoire sarthois :



Source : Données du CHM, janvier 2017, contrôle de gestion.

L'activité publique MCO se concentre avant tout sur le CHM (75%) et le Pôle Santé Sarthe et Loir, PSSL (15%), comme le montre la carte ci-dessus. Les trois autres Etablissements que sont la Ferté-Bernard, St-Calais et Château-du-Loir représentent 10% de l'activité.

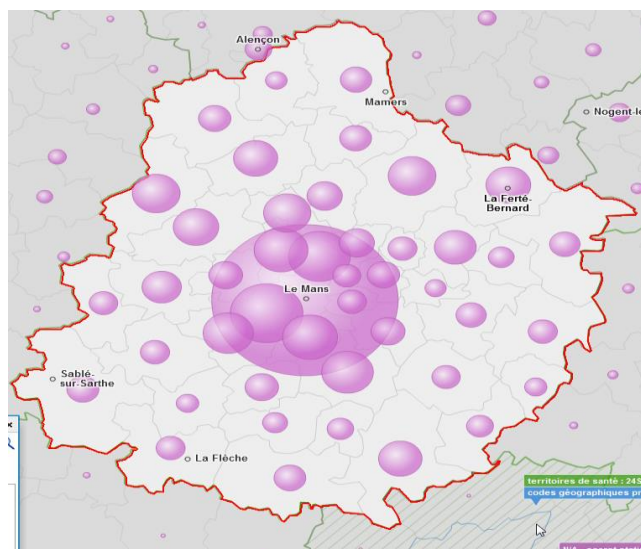
Part de l'activité sanitaire sur le territoire sarthois hors dialyse :



Source : Données du CHM, janvier 2017, contrôle de gestion.

En 2016, les parts d'activité des établissements publics représentent 56% des parts d'activité du département (-0,1point). **L'offre publique sarthoise est principalement portée par le CHM (45% des parts de marché en hausse de 1,2 point).**

Cartographie du territoire de la Sarthe :



Comme le montre cette carte, **l'établissement s'appuie sur une patientèle plutôt locale**, provenant à 90% de la Sarthe et à plus de 50% de la ville du Mans et du centre Ouest du Mans¹⁶.

Sur le territoire de la Sarthe, **le CHM réalise 39% de séjours** contre 20% pour son concurrent direct qu'est le Centre Médico-Chirurgical du Mans, CMCM, Pôle Santé Sud. (cf schéma 1 Annexe 1).

L'activité de médecine en Sarthe:

Entre 2013 et 2016, l'activité de médecine reste croissante en Sarthe (+3,4%) mais à un rythme inférieur au niveau régional (+ 8,1%). **Le CHM réalise 44,5% des séjours de médecine** contre 18 % pour le CMCM. Les parts de marché du CHM en médecine reste stable entre 2013 et 2016, mais globalement nous observons un recul des parts de marché pour l'ensemble des établissements publics de la Sarthe, au profit des cliniques, et particulièrement du CMCM. (cf schéma 2 en Annexe 1).

L'activité de chirurgie en Sarthe :

Entre 2013 et 2016, la hausse d'activité en chirurgie en Sarthe est de + 2,2% contre 7,2% en région. **Le CHM réalise 30 % des séjours de chirurgie** contre 26,5% pour le CMCM. Entre 2013 et 2016, les établissements privés restent majoritaires, avec 63% des parts de marché, malgré un recul de 1,8 points. Cette perte de part de marché a profité au CHM et au PSSL. (cf schéma 3 en Annexe 1)

L'activité d'obstétrique en Sarthe :

Le CHM est le leader pour les séjours en obstétrique puisqu'il réalise un peu plus de 60% des séjours contre 23% pour la clinique du Tertre Rouge, notre principal concurrent dans ce domaine. Entre 2013 et 2016, l'activité est décroissante en Sarthe, comme en région, mais avec une moindre diminution pour le CHM, permettant ainsi aux établissements publics de cumuler environ 75% des parts de marché dans cette discipline, au détriment de la clinique du Tertre Rouge. (cf schéma 4 en Annexe 1)

Globalement, l'analyse de l'activité réalisée sur le territoire Sarthois montre que **le CHM occupe une bonne place d'un point de vue général et par discipline**. L'analyse des parts d'activité hors séances du CHM en 2016 met en évidence un positionnement et un recrutement non homogène dans le département. En 2016, la part de marché du CHM en Sarthe est élevée en médecine (55%), en obstétrique (72%) mais plus faible en chirurgie (38%).

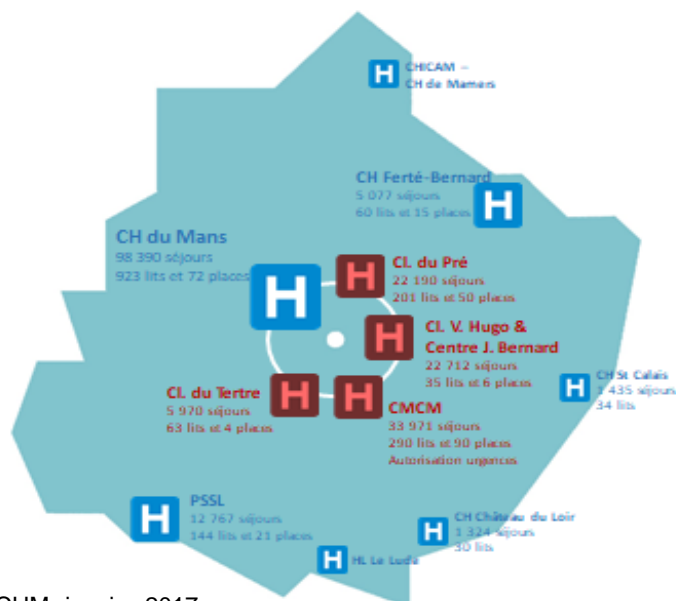
La concurrence du CHM sur le territoire Sarthois :

Comme nous l'avons vu à travers l'analyse précédente, **le CHM fait face à une concurrence essentiellement privée** regroupée dans deux groupes que sont **ELSAN** avec **la clinique Centre Médico-chirurgical du Mans, CMCM**, comprenant 290 lits et 90 places, réalisant 33971 séjours en 2016, la clinique du Tertre rouge, avec une activité gynécologique et obstétrique comprenant 63 lits et 4 places réalisant 5970 séjours, et **la clinique Victor Hugo**,

¹⁶ Cartographie de la Sarthe ; Hospidiag Anap. [Consulté le 20 novembre 2017]. Disponible : www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/hospi-diag-1.

avec une activité uniquement carcinologique comprenant 35 lits et 6 places réalisant 22712 séjours. Le deuxième groupe est **Ovalie-Médipôle** représenté par la **clinique du Pré** disposant de 201 lits et 50 places et effectuant 22190 séjours en 2016.

Concurrence du CHM sur le territoire 2016



Source : Données du CHM, janvier 2017, contrôle de gestion

Sur le secteur Centre Ouest, le CHM est leader du territoire avec 50% de part de marché et sa position s'est renforcée depuis 2006. Le CMCM, apparaît comme le concurrent le plus direct du CHM sur ce même secteur (20% des parts de marché). La clinique du Pré, quant à elle, perd des parts d'activité.

Sur le secteur Centre Est, la part de marché du CHM est plus faible que dans le secteur Centre Ouest (40% vs 50%) et celle du CMCM plus élevée (30% vs 20%).

Sur le secteur Sud-Ouest, où l'activité MCO est croissante, le PSSL réalise 48% des séjours dont 31% de séjour en médecine et 50% de séjours en chirurgie. Sur ce secteur, **le CHM est resté stable avec 13% de parts de marché**, comme le CMCM avec 8%. Le CHU d'Angers est le concurrent direct du CHM sur ce secteur et a gagné 1% des parts d'activité entre 2014 et 2016.

Sur le bassin de la Ferté-Bernard, le CHM dispose d'un positionnement en hausse avec 40% de part de marché en 2016 (alors que les cliniques mancelles y sont bien implantées) dont 32% de parts d'activité en médecine (en augmentation depuis 2014) et 22,4% de parts de marché en chirurgie (en augmentation). Le CHM se situe en 2ème position devant la clinique CMCM pour les parts en médecine, mais juste derrière celle-ci pour la chirurgie.

Sur le bassin de Château-du-Loir, le CHM, là encore reste stable, alors que le CMCM a progressé notamment en chirurgie (+1,7% de parts de marché par rapport à 2014 et représente 25,4% des parts de marché). Malgré tout, le CHM reste encore devant avec 26,6% des parts de marché en chirurgie, malgré une perte de 1,4% des parts depuis 2014.

Sur le secteur Nord, la part de marché du CHM est faible, soit 15% lié au fait que ce territoire est dominé par le Centre Hospitalier inter-communal Alençon-Mameas, CHIC.

Sur le secteur de Saint-Calais, le CHM dispose de 24,9% de parts d'activité en perte de vitesse en chirurgie, au profit de la clinique CMCM qui gagne 3% de parts d'activité depuis 2014.

Globalement les parts d'activité du CHM sur le territoire sont élevées dans le secteur du Centre ouest (environ 50% des parts de marché) et le secteur centre Est (40% des parts de marché). A l'inverse, sa part d'activité est plus faible au Sud du département où le Pôle Santé Sarthe et Loir, PSSSL, est davantage présent qu'à l'Est et au Nord du département.

L'attractivité :

Le taux d'attractivité du CHM reste **stable en 2017, soit 9,1%**. A l'échelle du département, entre 2013 et 2016, nous constatons une **baisse globale et régulière des taux de fuite** (16,2% à 15,4%) principalement **captée par le CHM**. Cette baisse se constate vers l'Orne (4,3% à 3,7%) et la Loire-Atlantique, mais **le flux est en hausse vers le Maine-et-Loire** (5,2% à 5,8%) principalement vers **le CHU d'Angers** (2,8%), **le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer**, CRLCC, (+3%) mais aussi vers **le CHU de Tours**. Les disciplines concernées par ces fuites pour le territoire sont, avant tout, **l'ophtalmologie** (vers le CHU d'Angers), la **cardiologie interventionnelle** (vers le CHU de Tours), la **chirurgie digestive** (vers le CHU de Tours et CH de Nogent le Rotrou). Ceci dit, entre 2013 et 2016, dans chacune des disciplines citées, le CHM a augmenté son activité.

Globalement, sur le territoire sarthois, entre 2013 et 2016, **l'activité publique présente une croissance plus rapide que l'activité privée** : +6,1% vs + 3,3%. L'offre publique sarthoise Médecine Chirurgie Obstétrique, MCO est principalement portée par le CHM et est en hausse (+6,4%). **La concurrence se fait essentiellement avec le secteur privé et est exclusivement mancelle mais en recul.**

1.2 Les caractéristiques du CHM

Le CHM présente une structure très pavillonnaire, ce qui entrave la lisibilité du parcours patient. Son architecture s'explique par son histoire et les multiples restructurations qu'il a mis en place, à différentes périodes, pour se développer et répondre aux besoins de la population sur le territoire sarthois.

1.2.1 Un peu d'histoire pour comprendre son évolution

Avant la révolution française :

La ville du Mans possédait 4 dispensaires qui accueillaient principalement des infirmes, des mendiants et des patients atteints de la lèpre et de gangrènes. C'est en 1662 que le premier Hôpital, dit général de la Sarthe, sera érigé, sur une surface de 6 hectares, avec une capacité d'accueil de 700 patients. Puis le **12 juillet 1891**, le maire de l'époque décidait **d'en reconstruire un neuf** sur 16 hectares, excentré de la ville, dans un premier temps, mais progressivement l'évolution de la ville du Mans lui a permis de rapprocher l'hôpital de la ville. Jusqu'en 1939, l'hôpital s'agrandi progressivement en se dotant d'un laboratoire de bactériologie en 1894, d'un service de chirurgie infantile en 1904, et d'un service de radiologie en 1919.

Après la première guerre mondiale et jusqu'à l'an 2000 :

Après la première guerre mondiale, l'hôpital va poursuivre son évolution. En 1939 un nouveau pavillon verra le jour, **le pavillon Sergent**, d'une capacité d'accueil de 222 lits, abritant **les services de chirurgie générale et infantile, les services de spécialité** (ORL, ophtalmologie, stomatologie), le service de **radiologie** et le **laboratoire**.

Pendant la seconde guerre mondiale, l'hôpital deviendra un hôpital militaire suite à la réquisition allemande.

Puis **pendant les 20 années qui suivront la fin de la seconde guerre mondiale**, l'hôpital va s'agrandir pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population (jeune et âgée). C'est ainsi que sera créée une **nouvelle maternité** en 1954 avec 68 lits et 57 lits de prématurés. En 1960 la **pédiatrie s'agrandira**. De 1961 à 1964 seront créés des lits pour accueillir les **personnes âgées**. C'est quelques années plus tard que la décision sera prise de faire un centre pour personnes âgées sur le site de Charles Drouet situé à Allonnes, à 8kms de l'hôpital du Mans. Puis, progressivement, **jusqu'en 1977** seront réalisées de **nouvelles structures** comme un laboratoire, une pharmacie et une école d'infirmières, une extension de la maternité « Trousseau » et le pavillon Reilly pour accueillir 90 lits de médecine. Afin d'accroître la qualité de l'hospitalisation et d'offrir un plateau technique diversifié, le conseil d'administration prendra la décision le 29 juin 1977 de construire un hôpital neuf de 600 à 800 lits sur le site de l'hôpital, route de Laval.

C'est en 1983 qu'un nouveau bâtiment appelé « Le Fontenoy » ouvrira ses portes et aura avant tout une vocation médico-chirurgicale. Il sera doté de 552 lits, répartis sur les spécialités médicales, chirurgicales, de trois services de réanimation et de lits d'urgences. Pour répondre aux besoins en santé seront également créés un plateau technique avec un département d'imagerie médicale comprenant notamment 12 salles de radiologie conventionnelle, un bloc opératoire de 12 salles, un ensemble d'urgences médico-chirurgicales et une stérilisation centrale ; ces bâtiments fonctionnent encore aujourd'hui. Puis, progressivement l'hôpital poursuivra sa modernisation en créant **en 1986 un complexe de néphrologie dialyse, un pavillon appelé Léonard-de-Vinci** pour accueillir 120 lits de moyens et longs séjours.

Face à une augmentation des naissances, la maternité augmentera sa capacité d'accueil de 1987 à 1990, puis en **1993 sera érigé un hôpital pédiatrique** composé d'un service de réanimation infantile, d'une unité de prématurés et d'un service d'urgences pédiatriques. Parallèlement, un centre de transfusion sanguine, plus fonctionnel, ouvrira ses portes en 1989. L'hôpital poursuivra sa modernisation en se dotant de nouveaux appareils radiologiques pour renforcer son plateau technique.

A partir du XXIème siècle :

Dans les années 2000, le Centre Hospitalier du Mans a poursuivi sa rénovation en construisant un nouveau bâtiment, « Monet », destiné à accueillir les spécialités médicales que sont la rhumatologie, les maladies respiratoires et l'hépatogastro-entérologie. **C'est en 2003, que sera ouvert au sein de ce bâtiment le service de chirurgie ambulatoire**.

En 2008 sera aussi construit **le bâtiment Pablo Picasso**, permettant d'accueillir les patients atteints de la maladie d'alzheimer¹⁷.

Puis **en 2009**, sera érigé **l'hôpital Femme-Mère-Enfant** avec 165 lits permettant de regrouper, dans un même bâtiment, l'ensemble des spécialités qui attirent à l'enfant et la

¹⁷ Lemanissier A-F. 100 ans d'histoire du Centre Hospitalier du Mans. Le Mans : Editions MBI. Décembre 1997 ; 140 pages.

mère, à savoir les urgences pédiatriques, la néonatalogie, la réanimation pédiatrique, la maternité et le bloc obstétrical avec ses 11 salles de travail et 6 salles de bloc.

En 2013, dans le cadre du projet stratégique 2013-2018, le Centre Hospitalier du Mans a mené une grande réflexion quant à son devenir : poursuivre la rénovation du CHM ou le reconstruire à la périphérie du Mans. Après de multiples enquêtes, groupes de travail, évaluation financière, c'est le premier choix qui a été retenu. **C'est pourquoi, pour prendre le virage de l'ambulatoire et optimiser l'offre de soins sur le territoire**, il a donc été décidé de construire **trois nouveaux bâtiments** : l'un **Plantagenêt**, devant l'actuel Monet qui regroupera l'ensemble des consultations et des hôpitaux de jour, le deuxième Madeleine Brès pour accueillir l'ensemble des spécialités médicales, **prévus en 2019**, et le troisième, Monet Nord destiné à recevoir le nouveau bloc opératoire, la radiologie, la pharmacie et le laboratoire, projet prévu pour 2025 ; projets que j'évoquerai un peu plus tard dans mon travail.

1.2.2 Son activité et sa situation socio-économique

Ses missions :

Outre **l'accès à tous et la permanence des soins**, le Centre Hospitalier du Mans a choisi d'organiser son offre de soins hospitalière autour de quatre grands axes que sont l'organisation d'une **prise en charge de proximité** en partenariat avec les structures de premiers recours et d'aval, l'identification d'une **offre de recours** dans le cadre d'un parcours ciblé, la proposition **d'activités de références** pour assurer l'accès à l'innovation thérapeutique pour les patients sur le territoire et la participation avec l'ensemble des personnes ressources à la **promotion de la santé**. Cette organisation a nécessité de réfléchir à la continuité du parcours de soins du domicile au domicile et à l'amélioration des soins non programmés, avec la coopération de l'ensemble des acteurs de soins (ensemble des Etablissements de soins du territoire, Soins Infirmiers à Domicile, SIAD...). Ainsi, de par ses missions, le CHM s'inscrit dans la loi du 31 juillet 1991¹⁸, qui a permis de mettre en place les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins, **SROS**.

Les Schémas régionaux d'organisation des soins :

Ils ont pour but de **réduire les inégalités d'accès aux soins et d'améliorer l'état de santé des populations**. Ils permettent aussi de rendre **plus efficaces le système de soin** en mettant en place des **processus d'évaluation des besoins de santé, d'adapter l'offre de soins et de déterminer les orientations stratégiques de chaque région** en matière de santé (organisation de la permanence des soins, réorganisation des missions de service public). Trois générations de SROS se sont succédées : les SROS 1, de 1991 à 1999 portaient sur la mise en place des Etablissements Hospitaliers par zone de 200 000 habitants ; les SROS 2 de 1999 à 2004, ont tenté de concilier la qualité, les coûts et la proximité ; les SROS 3 ont donné une vision territoriale et ont pour but d'assurer une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins sur un territoire y compris en ambulatoire. Sur la région des Pays de la Loire, trois axes ont été définis dans le cadre du Projet Régional de Santé, PRS. Tout d'abord, **le recentrage de la personne au cœur des préoccupations du système de santé** avec une démarche centrée sur la personne. Puis l'organisation de la proximité avec, à la fois, **une offre de premier recours** à conforter, **une coordination des acteurs** pour des parcours efficaces et **l'accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés**. Enfin, **la maîtrise des risques** concernant la santé des populations avec **la prévention et la promotion de la santé**, intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale et la mobilisation pour réduire les inégalités de santé.

¹⁸ Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. [Consulté le 08 octobre 2017]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>.

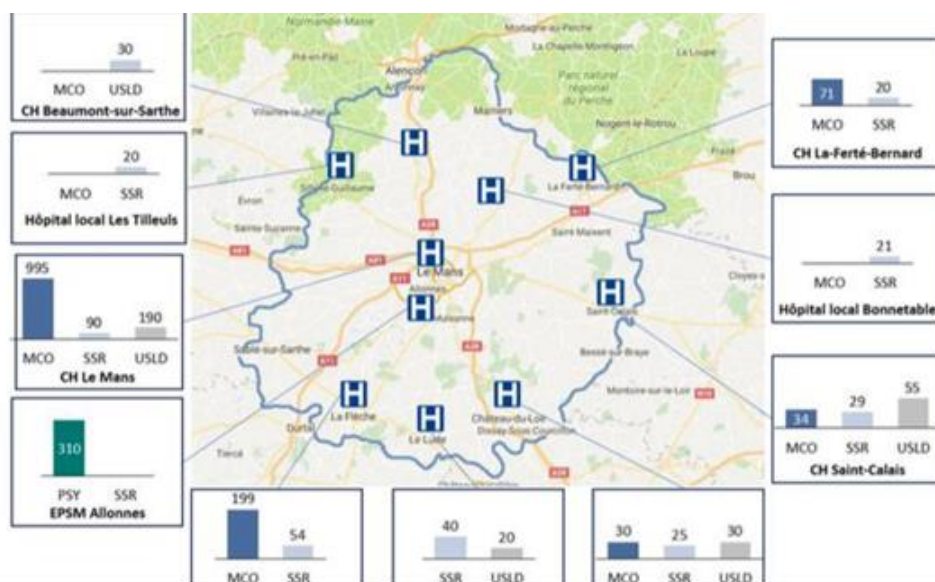
Le Projet Régional de Santé :

Le Centre Hospitalier du Mans a présenté un projet stratégique conforme aux orientations du PRS, qu'il a décliné sous forme de dix axes, suivis dans le cadre du Contrat Pluriannuel, d'Objectifs et de Moyens, CPOM. Si on prend **l'axe 1 « être un établissement accessible et attractif pour les patients, valoriser notre offre hospitalière »**, celui-ci vise à **travailler sur l'amélioration des conditions d'accueil et de confort** pour proposer des services personnalisés, répondant donc au premier axe du PRS. **L'axe 3 « simplifier et optimiser le parcours de soin, développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, contribuer au maintien ou au retour à domicile »** a pour mission de repenser **les parcours de soin** pour fluidifier les prises en soin et développer de nouveaux types de prise en charge comme la filière rapide en chirurgie colorectale, l'éducation thérapeutique en chirurgie carcinologique Oto-Rhino-Laryngologie, ORL, et l'optimisation de la chirurgie ambulatoire, s'inscrivant dans le 2ème axe du PRS. **L'axe 10 « promouvoir la santé publique et le développement durable »** vise à contribuer au maintien en santé de la population et de promouvoir **l'ouverture de l'hôpital sur la ville** en menant des actions de santé publique, en tissant des liens avec les associations, en mettant en place une dynamique écoresponsable, objectivant le 3ème axe du PRS.

Le Groupement Hôpital Territoire :

Dans l'objectif de rationaliser les moyens et la planification sanitaire, le CHM a décidé d'intégrer le Groupement Hôpital Territoire, GHT 72, et en est **l'établissement référent**. Ainsi, le GHT devra permettre de développer plus de coopération pour faciliter le maintien au domicile du patient tout en lui proposant une offre de soins adaptée à ses besoins et ainsi, réserver l'hôpital aux patients « lourds ».

Les Etablissements constituant le GHT 72



Source : Source : Données du CHM, janvier 2017, contrôle de gestion.

Comme le montre cette carte, le GHT comprend les Etablissements de Beaumont-sur-Sarthe, Bonnetable, Sillé-le-Guillaume, Allonnes, Le Bailleul (la Flèche), le Lude, Château-du-Loir, Saint-Calais et la Ferté-Bernard. Malgré tout, l'Etablissement Public de santé Mentale d'Allonnes, EPASM, refuse d'intégrer ce GHT depuis sa constitution. Il est actuellement en désaccord avec l'ARS des Pays de La Loire, ce qui n'est pas sans conséquence pour son fonctionnement.

Les pôles :

Faisant suite à la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, DHOS n°2004-61 du 13 février 2004, relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière, le CHM a décidé, **dès 2005, de se restructurer en pôle**. A l'époque 14 pôles étaient constitués.

En 2014, le CHM a décidé de regrouper les cinq pôles de médecine en un grand pôle pour gagner en efficacité. Ainsi, **les pôles sont passés de 14 à 9**, et se sont répartis comme suit : le pôle de chirurgie, le pôle de gériatrie, le pôle des médecines spécialisées, le pôle Urgence-Médecine-Réanimation-Anesthésie, UMRA, le pôle des Activités Cliniques Transversales d'Education et de Support, le pôle Femme-Mère-Enfant, le pôle gestion des produits de soins, le pôle biologie-pathologie et le pôle imagerie (Annexe 2).

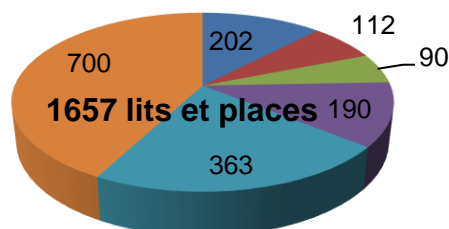
Dans le cadre de son **projet d'Etablissement 2013-2018**, le CHM a décidé de **se restructurer en modifiant, à nouveau, les pôles** (Annexe 3). C'est ainsi que le 04 juillet 2017, le directoire du CHM a validé la création du **Plateau Technique des Blocs Opératoires, PTBO**, et le **Plateau Technique des consultations externes et des hôpitaux de jour**, Plantagenêt. Le PTBO regroupera l'ensemble des blocs opératoires des 3 sites du CHM (Fontenoy pour la chirurgie, Monet pour l'ambulatoire-endoscopie et Aliénor pour la Femme-Mère-Enfant) les sortant des pôles auxquels ils étaient rattachés. Plantagenêt regroupera l'ensemble des consultations externes de chirurgie, (à l'exception des consultations ORL et maxillo-faciales), les consultations d'anesthésie et les hôpitaux de jour de médecine pluridisciplinaire, les sortant ainsi des pôles dont ils faisaient partis. En parallèle, ce changement a aussi donné lieu à la modification des responsables de pôles, des cadres supérieurs de santé et la répartition des ressources cadres. Les objectifs de ce changement sont multiples, mais avant tout de rendre plus performantes nos organisations et faciliter l'accès aux différents services.

Son activité :

La Sarthe bénéficie d'une hausse du nombre de séjours (+1,8%) dont les deux tiers sont rattachés au CHM¹⁹. Il dispose, au 1er mai 2017, de 1657 lits répartis sur 2 sites. L'un situé sur la ville du Mans avec 1218 lits et l'autre situé sur la ville d'Allonnes, à 8 kms du CHM, appelé Centre gériatrique de Charles Drouet avec 439 lits. Sur les 1657 lits, le CHM dispose de 127 places accueillant des patients pour moins de 24H.

Répartition des lits et places par discipline au 01 Mai 2017

■ chirurgie ■ obstétrique ■ SSR ■ SLD ■ EHPAD ■ médecine



Source : Données du CHM, janvier 2018, contrôle de gestion.

¹⁹ Analyse de l'hospitalisation hospitalière 2014. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2903/analyse_activite_hosp_regionale_2014_17.03.16.pdf; page 145.

En 2016, le **nombre de séjour de MCO** était de 98 390 dont 21 828 inférieure à 24h, en **augmentation de 4%** par rapport à l'année 2015. Cela représente 19963 séjours en chirurgie, 72291 en médecine et 6136 en obstétrique.

329 972 **consultations externes** ont été réalisées dont 105 601 en chirurgie, 174 988 en médecine et 49 383 en obstétrique soit une **augmentation globale de 2%** par rapport à l'année 2015.

En 2016, le **CHM affiche** un nombre de 3824 naissances ce qui représente **64% des naissances du département**.

21 828 séjours ont été comptés en ambulatoire, soit 11 727 en médecine (avec une augmentation de 7% par rapport à 2015), 8593 en chirurgie (avec une augmentation de 4% par rapport à 2015) et 1508 en obstétrique (avec une diminution de 3% par rapport à 2015). Là ou en 2010, le CHM effectuait 14 700 séjours en ambulatoire, en 2016 c'est 21 828 séjours réalisés, ce qui représente une **hausse de 48% d'activité en ambulatoire**. Ces chiffres, en dehors de l'obstétrique montre réellement que le CHM prend le virage de l'ambulatoire et s'inscrit dans le PRS.

28 123 séances ont été réalisées, soit 14 912 dialyses, 9577 chimiothérapies et 3634 autres séances.

93 880 **passages aux urgences** sont comptés en 2016 avec une **augmentation de 3%**. Cela représente environ 257 passages en moyenne par jour dont 30% conduisent à une hospitalisation. La répartition se fait comme suit : 5972 passages aux **urgences gynécologiques (6%)**, 30 198 passages aux **urgences pédiatriques (32%)** et 57 710 passages aux **urgences adultes (61%)**. En 2016, le CHM a accueilli 27 913 nouveaux patients. Au total sur l'année 2016, 160 147 patients sont venus au moins une fois au CHM.

Il dispose de 23 salles d'opération réparties en trois blocs : 12 pour le bloc Fontenoy, 5 salles en ambulatoire au Bloc Claude Monet et 6 salles au bloc Femme-Mère-Enfant. 23115 interventions chirurgicales ont été réalisées en 2016 soit une moyenne de **92 interventions par jour ouvré**.

Le CHM bénéficie d'un SMUR, celui-ci a effectué 3087 interventions en 2016.

Le service de radiologie du CHM possède de nombreuses salles, 6 salles de radiologie dont une à la maison d'arrêt située à Coulaines, à 6,5 kilomètres du CHM, (mais rattachée au CHM pour la partie soin), 2 salles d'écho d'oppler, 1 IRM, 2 scanners, 1 Tep scan, 1 gamma caméra, 1 gamma caméra hybride, 1 mammographie numérique, 6 appareils de radiologie mobile, 3 salles d'échographie, 1 salle de rythmologie interventionnelle, 1 salle de coronarographie et 1 salle de radiologie vasculaire. 134 124 actes d'imagerie ont été réalisés en 2016 soit une **moyenne de 530 actes par jour**. Sur l'année 2016, ils sont 93 114 patients à avoir bénéficié d'un acte de radiologie, ce qui représente une moyenne de 370 patients par jour.

Le Centre Hospitalier du Mans est aussi doté **d'un laboratoire**. 2 815 586 actes de biologie ont été effectués en 2016 soit une **moyenne de 10 056 actes par jour**. A cela se rajoute 31 604 consultants externes prélevés soit une moyenne de 113 par jour.

Le Centre Hospitalier du Mans, c'est aussi tout une logistique avec **une blanchisserie** qui traite **2626 tonnes de linge** par an, soit 4 005 514 pièces en provenance des chambres (draps, serviettes, gants) et 1 261 370 tenues pour le personnel médical et paramédical. Mais aussi un **service de restauration** qui a servi **1 342 360 repas** en 2016, soit 968 773 repas pour les patients et 373 587 pour le personnel.

2025 tonnes de déchets ont été traités en 2016, soit 1360 tonnes de déchets assimilables aux ordures ménagères, 190 tonnes de déchets d'activité de soins à risques infectieux et 438 tonnes de déchets collectés en vue de leur recyclage.

Les services techniques sont intervenus à hauteur de 20 170 fois en 2016 dont 277 opérations de travaux pour un coût moyen de 16 millions d'euros.

Le CHM compte 375 076 appels entrants sur la **plateforme de la régulation du SAMU** centre 15 soit une **moyenne de 1025 appels** par jour traités.

865 684 appels entrants/sortants ont été traités en 2016 par nos opératrices du **standard**, hors patients.

La DMS sur le CHM est de 4,69 jours. Son Indice de Performance Durée Moyenne de Séjour, **IPDMS, est de 1,0005**; 0,985 pour la chirurgie en diminution depuis 2015 et 1,016 en médecine en diminution aussi, mais encore trop élevé pour être efficient. En 2016, le **taux d'occupation en chirurgie est de 89% et 74,8% en médecine**, tous deux augmentent depuis 2015²⁰.

Son activité de recherche :

Aussi, le Centre Hospitalier du Mans, dispose depuis 2011 d'un Centre de Recherche Clinique, CRC, labellisé par la DGOS, et fait partie des **10 Centres Hospitaliers français ayant l'activité de recherche et d'innovation la plus dynamique**. En 2016, c'est **379 études cliniques réalisées** incluant 2626 patients, dont 1677 nouveaux patients inclus. Parmi eux, **366 patients ont bénéficié de thérapies innovantes**. Ces chiffres font de lui un acteur important de la recherche et de l'innovation du Grand Ouest.

C'est ainsi qu'il a intégré le Groupement de Coopération Sanitaire, GCS, appelés **Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest, HUGO**²¹ en 2016. Ce GCS regroupe 5 CHU que sont Angers, Rennes, Tours, Brest et Nantes, l'Institut cancérologique de l'Ouest, le Centre Hospitalier Régional d'Orléans, CHR, et 2 Centres Hospitaliers, CH, dont le Centre Hospitalier du Mans et le Centre Hospitalier de la Roche-sur-Yon arrivé en 2017. Ce GCS a été créé initialement en 2013, à l'initiative des CHU et CHR pour consolider le développement des infrastructures d'intérêt commun dans le domaine de la stratégie, des soins, de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation. Le Mans apporte donc son soutien à la définition d'une stratégie de groupe interrégionale coordonnée en matière de recherche et d'innovation, entre tous les établissements publics de santé ayant une activité.

Dans le domaine de la recherche, le CHM a pour objectif de permettre au plus grand nombre de patients **d'accéder aux protocoles de recherche clinique et aux innovations thérapeutiques**. Il permet également de relier les praticiens intéressés par la recherche clinique à une communauté scientifique universitaire et, ainsi, de les faire bénéficier des services support développés au sein des Délégations régionales à la recherche clinique et à l'innovation des CHU et du Groupement interrégional pour la recherche clinique et l'innovation de HUGO. Il participe au développement des réseaux d'investigateurs, afin de renforcer le potentiel interrégional d'inclusions dans les essais thérapeutiques, par exemple dans la prise en charge de la thyroïdectomie. Depuis 2017, le CHM accompagne les praticiens dans le développement de leur propre projet. Ainsi, **un protocole de recherche « médicament »** a été mis en place au **service d'accueil des urgences** et les inclusions de patients ont débuté à la mi-décembre. Ce protocole a pour objectif de diminuer la douleur lors de la réalisation de sutures de plaies. Un **deuxième protocole** est également en cours et a pour objectif de **démontrer l'intérêt ou non du jeûne des patients au moment de l'extubation en réanimation**.

²⁰ Activité du CHM ; Hospidiag. [Consulté le 20 novembre 2017]. Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/hospi-diag-1>.

²¹ Rapport d'activité 2016 publié par Cécile Jaglin Grimonprez ; le 07/07/2017. [Consulté le 22 octobre 2017]. Disponible : <http://www.chu-hugo.fr/fr/actualites/le-rapport-d-activite-2016-de-hugo-est-en-ligne,1547,98069.html>.

La démarche qualité :

Faisant suite aux ordonnances du 24 avril 1996, le CHM s'est inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité²² avec la **V2010 réalisée en 2013**, au cours de laquelle j'ai présenté le dossier patient unique, qui visait à supprimer les retranscriptions médicamenteuses, phase précédant le déploiement du dossier patient informatisé. Lors de la V2014, le CHM a eu un **certain nombre de réserves** concernant notamment les procédures de désinfection des endoscopes en gastro-entérologie, la vétusté des blocs, les prescriptions médicamenteuses, la gestion des risques, la politique qualité et le circuit du médicament. **Une contre visite a eu lieu en juin 2016** et a permis de lever les réserves et **certifier l'établissement « C »**. Pour optimiser la culture qualité dans l'établissement, l'ensemble des cadres et cadres supérieurs de santé ont travaillé avec la direction qualité pour définir **des indicateurs** ; ceux-ci étant envoyés à chaque cadre, tous les trimestres, afin de pouvoir manager les équipes en inculquant la notion de démarche qualité. **Un logiciel de déclaration d'évènements indésirables** existe, et les cadres de santé encouragent les soignants à déclarer les situations pour impliquer chacun dans cette logique de progrès continu, contribuant ainsi à notre recherche du plus haut niveau de sécurité de nos activités. Aussi, **deux mini-certifications ont été réalisées, en septembre 2017 et en mars 2018**, dans l'objectif d'auditer certaines activités, telles que les droits des patients, la tenue du dossier patient et le management de la qualité, mais aussi de **préparer la nouvelle visite de certification qui aura lieu, à la demande de la Haute Autorité en Santé, HAS, en juin 2018**. Ainsi, 17 unités ont été visitées ; les points restants encore à améliorer sont la **prescription médicamenteuse et le circuit du médicament**.

Aussi, le CHM dispose d'une Commission Des Usagers, CDU, anciennement appelée la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, CRUQPC, qui participe à la politique concernant l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

De nombreuses revues de **Mortalité et Morbidité, RMM**, sont réalisées par spécialités ainsi que des **Comités de Retour sur Expériences, CREX**.

Par ailleurs, d'autres instances concourent à l'amélioration de la qualité au sein du CHM, comme le Comité de Lutte contre la Douleur, **CLUD**, la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux, **COMEDIMS**, le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, **CLIN**, le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémodiagnostic, **CSTH**, et le **comité éthique**.

Selon l'hebdomadaire « le point », **le CHM figure au 35^{ème} rang des meilleurs hôpitaux de France**, au 9^{ème} rang pour la chirurgie du pied, 10^{ème} rang pour la chirurgie des varices, 13^{ème} rang pour la chirurgie des hernies abdominales et pour la chirurgie de la rétine.

Sa situation financière :

L'Etat Prévisionnel des Recettes et des dépenses, EPRD²³, auparavant appelé « budget » consiste en l'autorisation annuelle des dépenses et des recettes des Etablissements publics. Depuis la **loi HPST**²⁴, l'EPRD est arrêté par le Directeur de l'Etablissement après concertation avec le directoire. En 2017, le modèle général de financement est resté inchangé T2A.

²² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

²³ Aminot I. « Le financement des Etablissements de santé ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.2 ; [réalisé le 23 janvier 2018].

²⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.

Pour l'Etablissement du Mans, **les résultats à la fin 2017 ont été meilleurs que ceux envisagés** initialement, du fait de la bonne dynamique en hospitalisation et en consultation, ce qui a permis **d'augmenter les recettes**. Ce résultat fait suite au redressement budgétaire et financier du CHM entrepris depuis 2008, et ayant permis un retour à l'équilibre dès 2012, avec une capacité d'autofinancement. 2017 a constitué la 3ème année consécutive du plan d'économie sur les dépenses de santé suite au plan triennal « 2015-2017 », auquel est venu se rajouter une baisse des tarifs d'hospitalisation et une augmentation des charges de personnel médical (+4,99% par rapport à 2016) et non médical, liée à la revalorisation des grilles indiciaires (+1,4% par rapport à 2016). De plus, le CHM est lié par ses engagements avec l'Agence Régionale en Santé, ARS, dans le cadre de **deux dossiers de financement de son projet stratégique**, dossier Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins, **COPERMO**, l'un pour le projet Ambulatoire-Regroupement des spécialités-Cheminement, **ARC**, et l'autre pour le **projet bloc** (projet évoluant sur la période 2014-2025). C'est pourquoi, le CHM doit poursuivre sa politique économique pour financer en partie ces deux projets. L'analyse de la politique d'investissement du CHM met en avant **une diminution des taux de vétusté des équipements et une intensité d'investissement qui augmente**. De la même façon, le CHM dispose de **marges de manœuvres en vue de ses investissements** en cours et futurs puisque la durée apparente de la dette est relativement stable, le ratio d'indépendance financière diminue et le taux de Capacité d'Autofinancement, CAF, augmente.

L'année 2017 est une année dite de décaissement importante dans les opérations de travaux liées à ARC, ce qui, couplé à une relance de l'investissement engagé depuis 3 ans, conduit à un volume total d'investissement, en 2017, de 50,9 millions d'euros, représentant ainsi la plus forte somme annuelle investie depuis 15 ans. La politique de santé s'inscrit toujours dans une logique de réduction des dépenses publiques, ce pourquoi, il est plus qu'important de maîtriser les charges et volumes d'activité. Malgré tout, en 2017, on a constaté **une progression des dépenses hospitalières autorisées** supérieures à l'enveloppe de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, ONDAM²⁵, votée par le parlement, liée au vieillissement de la population et à l'accroissement de certaines pathologies chroniques, à l'augmentation constante des molécules coûteuses, notamment dans le domaine du cancer, à la majoration du point d'indice chez les professionnels de santé et au protocole d'attractivité du personnel médical. Pour faire face à cette augmentation des dépenses, **le CHM compte effectuer des économies en mutualisant les fonctions logistiques entre Etablissements notamment dans le cadre du GHT, en accélérant encore le virage de l'ambulatoire, en diminuant les dépenses liées au médicament** par la promotion des génériques et en **travaillant autour de la prescription** (diminuer le nombre d'actes et éviter les prescriptions inutiles).

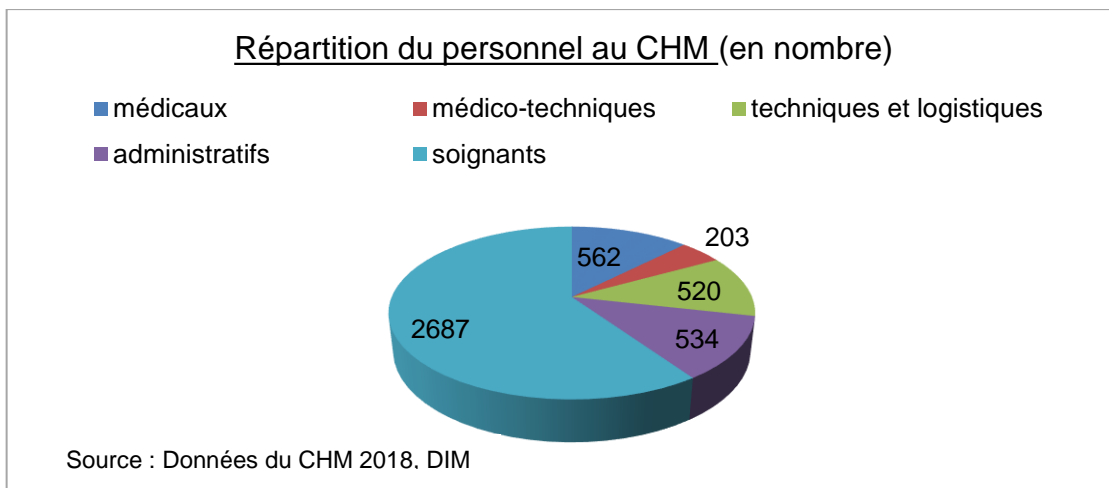
Les restructurations de pôles organisées au cours de l'année 2017 lui ont permis **d'optimiser son activité en réorganisant l'offre de soin** notamment, en procédant, en mai 2017, à la fermeture de lits conventionnels de chirurgie, la constitution d'effectifs cibles sur les unités, l'accélération du virage ambulatoire, la fermeture de 20 lits d'Hospitalisation Programmée à durée déterminée, HPDD, de médecine, au profit de la création d'une équipe mobile médicale et paramédicale dédiée au diabète.

Le CHM présentait, dès le début 2018, **un exercice excédentaire à + 3,5 millions d'euros**. Cette situation a permis de financer les investissements de l'année 2017 avec la première tranche ARC. Ainsi, il dispose des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le projet stratégique, sachant qu'il lui faut maintenir le cap de sa politique économique pour tenir ses engagements auprès de la tutelle. Les charges d'exploitation tout budget confondu sont de 340 millions d'euros avec une dépenses d'investissements de 37 millions d'euros.

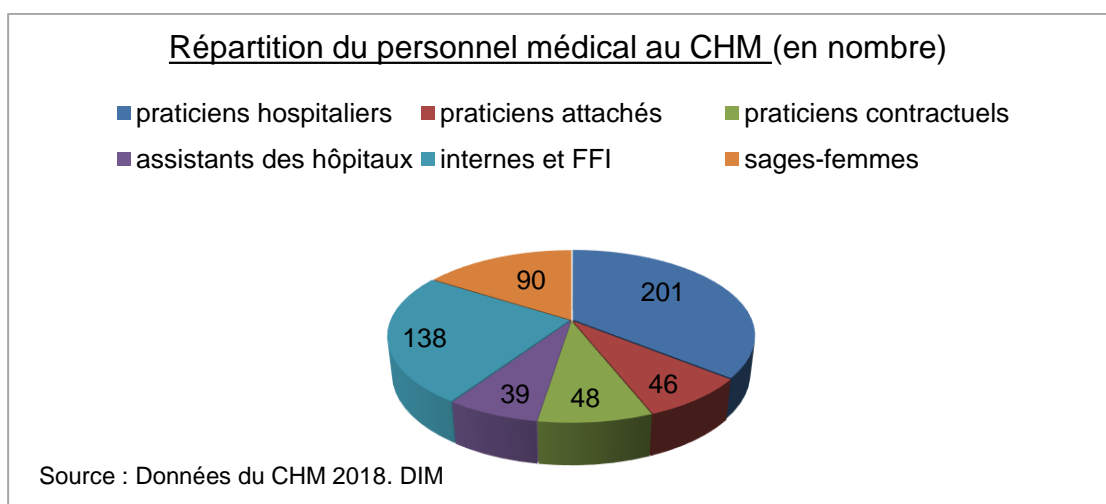
²⁵ Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. [Consulté le 02 novembre 2017]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/fo_pdf.do?id=JORFTEXT000033680665.

1.2.3 Ses ressources humaines

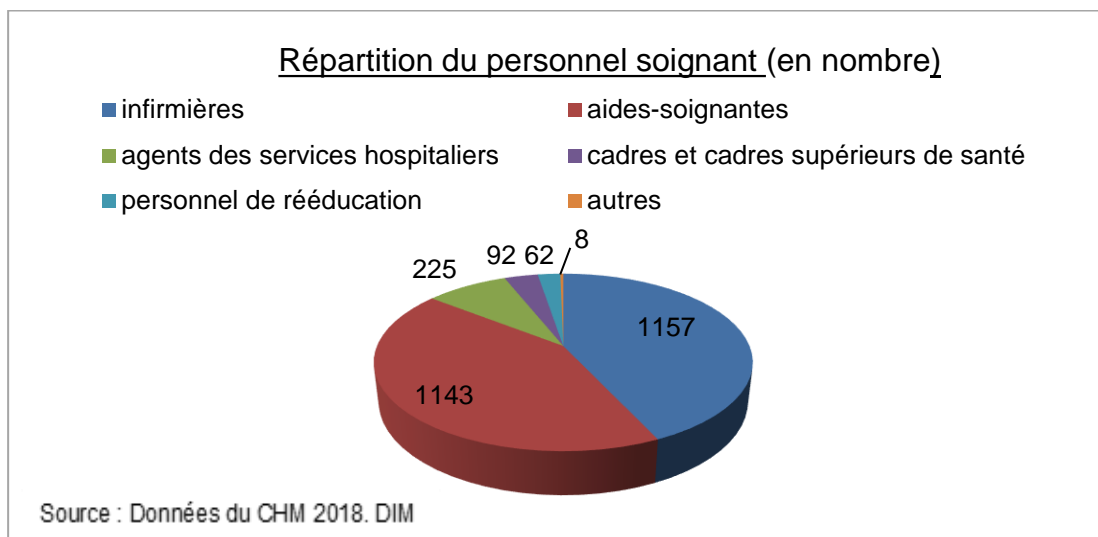
Le Centre Hospitalier du Mans est le premier employeur de la Sarthe avec 4506 professionnels en 2016, répartis entre les personnels médicaux au nombre de 562 et 3944 personnels non médicaux.



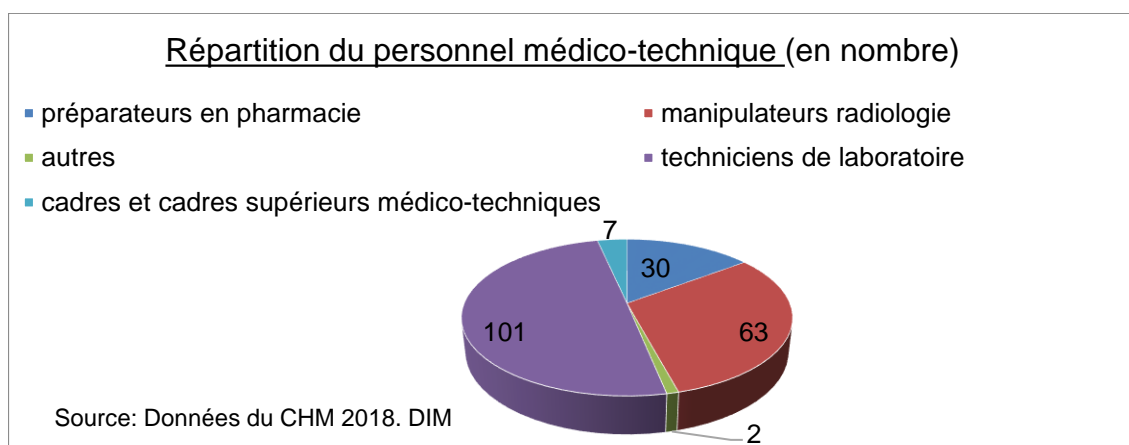
Comme le montre ce schéma, les **soignants représentent 60% de la masse salariale**. Le personnel médical, les professionnels des services techniques et de la logistique, ainsi que les administratifs représentent chacun dans leur catégorie 12% de l'ensemble du personnel. Les médioco-techniques, quant à eux, représentent 5% de la masse salariale.



Le personnel médical est avant tout constitué de praticiens hospitaliers et d'internes. Le **CHM connaît des problèmes de recrutement dans certaines spécialités, particulièrement en ophtalmologie, alors que le territoire Sarthois doit faire face, à la fois, à des besoins importants et un secteur privé saturé.**



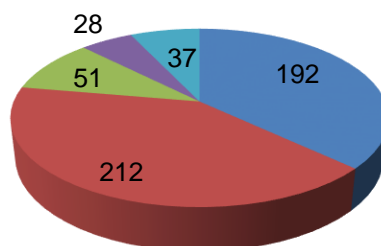
Comme le montre ce graphique, **le CHM est doté de quasiment autant d’infirmières que d’aides-soignantes**. Sur les 1157 infirmières, 159 d’entre elles sont spécialisées (puéricultrices, cliniciennes, stomathérapeutes, anesthésistes, infirmière en addictologie, infirmière douleur...), ce qui est logique puisque la prise en soin représente le cœur de l’hôpital. Le CHM dispose de 8% d’agents des services hospitaliers répartis dans les services de gériatrie et dans l’équipe d’entretien des locaux. Cette dernière équipe comprend 150 agents et réalisent l’entretien quotidien de 1168 chambres chaque jour. Le personnel de rééducation représente seulement 2% de la masse salariale et est constitué essentiellement d’orthophonistes, d’ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d’orthoptistes, et de trois gypsothérapeutes.



Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, la catégorie des personnels médicotéchniques est composée à 50% de techniciens de laboratoire, 31% de manipulateurs en radiologie, 15 % de préparateurs en pharmacie et 3% de cadres, cadres supérieurs médico-techniques. Ces chiffres sont en corrélation avec l’activité présentée précédemment.

Personnel technique et logistique (en nombre)

- agent d'entretien qualifié
- maîtres ouvriers et ouvriers
- techniciens
- ingénieurs
- autres



Source: Données du CHM 2018. DIM

Les ouvriers, maîtres ouvriers et agent d'entretien qualifiés représentent 78% de cette catégorie de personnel. Effectivement le Centre Hospitalier du Mans assure l'ensemble du suivi de ses matériels (techniques, biomédical...) et effectue l'entretien extérieur du site, d'une surface de 13,5 hectares. Le personnel administratif, au nombre de 534, est réparti dans les pôles cliniques et médico-techniques pour 295 personnes et 239 dans les autres secteurs (différentes directions).

Le Centre Hospitalier du Mans dispose également d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers, **IFSI, accueillant chaque année 334 étudiants** et un Institut de Formation des Aides-Soignantes, **IFAS, comprenant 66 élèves**. Au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, l'équipe pédagogique est constituée d'une directrice des soins, une cadre supérieure de santé et 18 cadres de santé formateur. Au sein de l'Institut de Formation d'Aides-Soignantes, 1 cadre de santé et 3 infirmières forment l'équipe pédagogique.

En 2015, **le taux d'absentéisme global des professionnels du CHM était de 4,7%**, en diminution depuis 2012.

Comme nous l'avons vu précédemment, le CHM, dans le cadre de son projet stratégique, a décidé d'accélérer le virage ambulatoire en regroupant l'ensemble de ses activités communes pour gagner en efficacité, dans le cadre de son projet « ARC ».

1.3 Le projet ARC (Ambulatoire-Regroupement des spécialités-Cheminement)

Le développement de l'ambulatoire :

Le CHM a fait du développement de **la prise en charge ambulatoire, un axe stratégique**, impliquant une augmentation du nombre de places d'hôpital de jour de médecine pluridisciplinaire, une réduction de la capacité d'hospitalisation complète en médecine de spécialité et en chirurgie conventionnelle, une optimisation des lits en médecine polyvalente en développant une activité d'avis dans ces unités par les médecins spécialistes. C'est pourquoi, il a décidé de construire **2 nouveaux bâtiments appelés Madeleine Brès et Plantagenêt**. Le 1er bâtiment regroupera **les activités d'hospitalisation conventionnelle de médecine spécialisée**. Le second regroupera **les activités d'hôpital de jour de médecine et de consultation de médecine et de chirurgie**. Ainsi, **les activités ambulatoires seront situées au cœur de l'hôpital, dans un bâtiment dédié qui deviendra la porte d'entrée du CHM**. L'investissement du projet ARC représente un montant de 100 millions d'euros dont 75 seront financés par l'établissement. Ce projet constitue la première

phase du schéma directeur 2016-2025 du CHM. Le projet ARC s'accompagne de **deux projets de modernisation** des fonctions supports qui devront être opérationnels au 1er semestre 2019 : **le projet de logistique pharmaceutique**, avec une extension de l'actuelle pharmacie et l'acquisition d'un robot de dispensation des médicaments et **le projet de laboratoire à réponse rapide**, avec un investissement dans des automates d'analyses biologiques et un système de pneumatique pour l'envoi des échantillons.

Les objectifs de ce projet :

Ils sont, avant tout, de réussir l'ouverture de ces deux bâtiments dans les aspects architecturaux et organisationnels, et de **réussir la transition de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour**. Cela suppose en amont de définir précisément les modes de prise en charge en saisissant l'opportunité de repenser ceux-ci, dans de nouveaux bâtiments adaptés, pour traduire, dans la réalité, la bascule ambulatoire, spécialité par spécialité. **Le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 34% en 2012 à 48,7% en 2017**, ce qui montre le réel engagement de l'établissement, mais encore en dessous de l'activité réalisée dans la région qui est de 58%, et en dessous de l'objectif fixé par l'ARS qui était de 53,6%.

1.3.1 Son architecture

Répartition des activités par bâtiment

Dans le bâtiment Madeleine Brès, nous trouverons un service de soins palliatifs, un service d'hémodialyse et les services d'hospitalisation conventionnelle de néphrologie, gastroentérologie, pneumologie, rhumatologie, dermatologie, maladies infectieuses, oncologie, hématologie et diabéto-endocrinologie (**180 lits**). Les unités d'hospitalisation de médecine seront réparties sur 3 niveaux comprenant chacun 60 lits répartis avec 44 chambres seules et 8 chambres doubles, avec des unités de soins de 30 lits chacune. Il est prévu de répartir 3 spécialités médicales par niveau. Au rez-de-chaussée, se trouvera le service de soins palliatifs avec 12 chambres individuelles, le service d'hémodialyse avec ses 25 postes, auxquels se rajouteront 4 postes d'éducation à la dialyse et l'ensemble des bureaux médicaux.

Dans le bâtiment baptisé **Plantagenêt**, au 1er étage, seront accueillies **les activités d'hôpital de jour de médecine et les consultations de médecine**. Tout d'abord, s'y trouvera l'hôpital de jour d'oncologie avec 30 places réparties sur 14 box à 1 fauteuil, 8 box à 2 fauteuils et 6 salles de consultations. Puis l'hôpital de jour de médecine, avec 50 places réparties sur 2 ailes comprenant chacune 15 box à 1 fauteuil plus 3 salles de consultations. Puis seront positionnées 16 salles de consultations de médecine reprenant les spécialités médicales, auxquelles s'ajouteront des salles techniques de dermatologie et de rhumatologie. Au rez-de-chaussée seront accueillis un **centre de prélèvement** avec 6 salles, **2 salles d'imagerie conventionnelle** et l'ensemble **des consultations externes d'anesthésie, de douleur et de chirurgie**, à l'exception de l'ORL et la stomatologie.

Répartition fonctionnelle des consultations de chirurgie et d'anesthésie à Plantagenêt

Les spécialités seront pourvues d'un certain nombre de **salles techniques partagées** pour certaines entre plusieurs spécialités, afin de **les optimiser**. En anesthésie, les professionnels médicaux auront 10 salles de consultations dites polyvalentes. La chirurgie orthopédique bénéficiera de 8 salles de consultation, 2 salles de plâtre et 1 salle de kiné. La chirurgie vasculaire, digestive et générale, bariatrique, plastique et reconstructrice bénéficieront de 6 salles de consultations polyvalentes et 2 petites salles de chirurgie mutualisées avec l'urologie, l'ophtalmologie, l'orthopédie et le vasculaire. L'urologie aura à sa disposition 4 salles de

consultations spécialisées et 1 salle urodynamique. L'ophtalmologie travaillera autour de 11 salles de consultations spécialisées et 10 salles techniques pour réaliser les différents examens inhérents à cette spécialité comme les Optical Coherence Tomography, OCT ou les angiographies. **Le nombre de salles dites conventionnelles et techniques a été définie avec les différents acteurs** que sont les chirurgiens, anesthésistes, paramédicaux et est dimensionné à la hauteur des ETP médico-chirurgicaux.

1.3.2 Les grands principes d'organisation

Une charte médicale a été élaborée en groupe de travail avec l'exigence du respect de celle-ci. Cette réflexion a permis de définir le présentéisme médico-chirurgical par demi-journée, de lisser ce présentéisme pour maintenir l'activité sur l'ensemble des semaines d'ouverture et d'articuler ce présentéisme avec les activités courantes (bloc opératoire, consultation). L'intérêt étant de **se recentrer sur le patient** et non sur le praticien, afin d'éviter les déprogrammations coûteuses en temps paramédical. Les acteurs de soins devront être repositionnés sur **leur cœur de métier**, afin d'adapter à la fois les activités à leurs compétences et d'être dans **l'effectif cible** attendu, qui, à ce jour, n'est pas défini dans le cadre du nouveau bâtiment. Les **organisations devront être harmonisées** et adaptables aux évolutions des disciplines. Par ailleurs, elles devront favoriser la coordination des actes et acteurs dans une **logique d'optimisation des ressources et de parcours patient**.

Les ressources humaines allouées ne pourront être supérieures aux organisations existantes, du fait des mutualisations possibles avec la nouvelle architecture et les réflexions menées autour de la logistique générale, la logistique pharmaceutique, et l'hôtellerie. Un principe majeur est affiché, la dématérialisation du dossier patient.

1.3.3 Sa mise en œuvre

Les différentes instances

Le groupe projet est constitué, tout d'abord, **d'un comité ARC**, composé des pôles concernés, des différentes directions fonctionnelles que sont la Direction des Ressources Humaines, **DRH**, Direction du Système d'Information, **DSI**, Direction des Affaires Financières, **DAF**, Direction des Soins, **DS**, Direction de l'Hôtellerie des Achats et de la logistique, **DHAL**, Direction des travaux, **DT** et du **comité de cancérologie**. Il se réunit 1 fois par mois et a pour mission d'assurer le cadrage des travaux pour respecter entre-autre le calendrier et les principes initiaux, d'ajuster l'avancement des différents groupes de travail, d'assurer la cohérence du projet et de gérer les interfaces entre plusieurs flux.

A celui-ci se rajoute une **cellule de pilotage** représentée par le **médecin chef de pôle de médecine et le directeur des opérations**, se réunissant tous les 15 jours, pour préparer les ordres du jour du comité ARC, échanger sur l'avancement du projet, identifier et désamorcer des situations bloquantes.

Une deuxième cellule, appelée **cellule opérationnelle de coordination**, composée de la cellule pilotage à laquelle se rajoute des **cadres supérieurs de santé, des cadres de santé** et le directeur des opérations, se réunit tous les quinze jours, et a pour objectif d'assurer le suivi du projet, d'ajuster le calendrier et coordonner la réalisation des actions.

En parallèle à ces trois instances, sont organisés des **groupes de travail thématiques** qui ont pour objectif de définir les processus de prise en charge pour chaque flux et d'écrire les organisations de travail tout en les affinant au fur et à mesure de l'avancement du projet. Ces groupes travaillent autour des thèmes sur la logistique générale, la logistique pharmaceutique,

les achats et équipements, les parcours patients dans les différentes spécialités concernées par le projet. En plus, une autre instance appelée le Comité de Direction, **CODIR**, regroupant la **DAF** (pour la prospective et le capacitaire), le **directeur des travaux** (pour le suivi et l'avancement des chantiers), la **DSI** (pour la définition du flux d'information), la **DS/DRH** (pour la définition des maquettes) et la **DS/DHAL** (pour la déclinaison des activités logistiques et soignantes) se réunit pour affiner le dimensionnement et la déclinaison des organisations.

Le phasage du projet

Ce projet, commencé il y a un peu plus de 3 ans, **s'est déroulé en 3 phases**.

La première ayant été consacrée à **l'architecture de ces 2 nouveaux bâtiments** qui a pris un peu plus de 3 ans.

La deuxième phase appelée, **phase de conception**, se déroule en 4 étapes, de février 2017 à juin 2018. La première étape, d'octobre 2016 à septembre 2017, avait pour objectif de **définir les parcours patients** à partir de l'architecture des bâtiments finalisée lors de la première phase (Annexe 4). La deuxième étape de février 2017 à septembre 2017 avait pour objectif **d'ajuster les parcours patients**. La troisième étape, d'octobre 2017 avec une fin prévue en avril 2018, a consisté à **définir les maquettes organisationnelles** et les plannings des nouveaux services. La dernière étape se déroulera entre les mois de mai et juin 2018 et s'articulera autour **des ressources humaines** ; il sera nécessaire de réfléchir à la mobilité des soignants pour identifier les professionnels de santé qui intégreront ces services de consultations et de prévoir les formations nécessaires au bon fonctionnement.

La troisième phase du projet sera la phase de mise en œuvre avec trois étapes. La première se déroulera de septembre à décembre 2018 et consistera à **mettre en œuvre les nouvelles organisations dans les bâtiments actuels** pour une phase de test. La deuxième étape s'étendra de décembre 2018 à mai 2019 et devra nous permettre **d'analyser les difficultés** pour réajuster les organisations, avec des réalisations d'audits afin de prévoir **le déménagement en juin 2019**, qui sera la troisième étape.

Les attendus

Pour le bâtiment Plantagenêt, les 82 box de consultations de chirurgie et les 53 box de consultations de médecine devront être **ouverts 240 jours par an pendant 8h et le taux d'occupation des salles de consultation sera au minimum de 80%. Les 80 places d'hôpitaux de jour devront avoir un taux de rotation en médecine de 150% et 200% pour la cancérologie** (chimiothérapie.)

A Madeleine Brès, les 180 lits d'hospitalisation de médecine devront afficher **un taux d'occupation d'au moins 90% avec une IPDMS inférieure ou égale à 1**, sachant qu'à ce jour, comme je l'ai précisé précédemment, le taux d'occupation est de 74,8%.

<p>Le bon positionnement du CHM sur le territoire sarthois, son engagement dans la recherche et la démarche qualité, sa capacité à se restructurer et le dynamisme de l'ensemble des équipes ont concouru à optimiser son activité, et ainsi bénéficier d'une situation financière saine. Ainsi, il peut aborder plus sereinement l'avenir, à travers les différents projets, pour proposer des prises en soin adaptées à la population sarthoise.</p>

2 Les consultations au CHM : d'aujourd'hui à demain

Les services de consultations externes font donc partis, depuis le mois d'octobre 2017, d'un **plateau technique** faisant suite à une restructuration des pôles. Ce plateau technique prend forme dans les locaux actuels, mais un projet de déménagement est prévu pour juin 2019, afin de réunir toutes les consultations dans un même bâtiment « Plantagenêt » et ainsi les rendre plus efficaces. Ce projet s'inscrit, comme nous l'avons dit précédemment, dans le schéma directeur 2012/2019, et constitue la 1^{ère} phase du projet dit ARC.

2.1 Les consultations externes de chirurgie aujourd'hui

L'équipe encadrante

Les consultations externes de chirurgie sont placées sous la responsabilité d'un **Cadre Supérieur de Santé**, CSS, qui s'occupe aussi des consultations de médecine, des hôpitaux de jour de médecine, de la cellule d'ordonnancement des lits et du brancardage. Ce cadre supérieur de santé, est **secondée par cinq cadres de santé** et **deux cadres secrétaires médicales**. Le secteur de médecine (hôpital de jour et consultations) comprenant de multiples spécialités est géré par 2 professionnelles. Le secteur de l'hôpital de jour de cancérologie est rattaché à 1 cadre de santé. La cellule d'ordonnancement des lits et le brancardage dépendent d'un cadre de santé. Le secteur des consultations de chirurgie et d'anesthésie (conventionnel et ambulatoire) est placé sous ma responsabilité. Les cadres des secrétaires médicales sont affectées l'une sur le secteur de chirurgie et l'autre sur le secteur de médecine.

La répartition géographique des consultations de chirurgie

Du fait de sa structure très pavillonnaire, aujourd'hui, les services de consultation de chirurgie sont répartis à 3 endroits différents au sein du CHM. Au niveau 1 du bâtiment Fontenoy, au centre de celui-ci, se trouvent les consultations d'orthopédie. Au même niveau, mais sur une aile plus lointaine de ce même bâtiment, se situent les consultations de chirurgie digestive, bariatrique, plastique et reconstructrice, vasculaire-thoracique et urologique. Au niveau 3 du bâtiment Fontenoy, sur l'aile gauche, sont localisées les consultations d'ophtalmologie. Sur l'aile droite ont lieu les consultations d'ORL et cervico-faciales puis les consultations de stomatologie et maxillo-faciales. **La configuration géographique de ces 3 sites implique que le personnel paramédical (infirmières, aides-soignantes et secrétaires) travaille régulièrement en « vase clos »**. Chacune de ces spécialités disposent d'un nombre de salles techniques (pansement, décontamination, Forfait Soins Externes, FSE, plâtre), de salle d'examen (pour les chirurgiens, orthoptistes, orthophonistes) de salles spécialisées (OCT, Injection Intra-Vitréennes, IVT, prise de mesure, champ visuel, laser, angiographie, échographie, salle d'orthoptie, cabine d'audiométrie), de salles d'attente, de bureaux infirmiers et de secrétariats. Le nombre varie en fonction de l'activité et des besoins identifiés, **il y a plus de 15 ans**. Aujourd'hui, l'activité de consultations externes et le nombre de praticiens ont augmenté, ne permettant plus une fluidité dans les organisations, auquel se rajoute le développement de consultations dites « sauvages », réalisées dans des salles non dédiées à la consultation, et imposant une **adaptabilité des professionnels paramédicaux à la demande**.

Dans le cadre du projet managérial, je vais m'intéresser essentiellement à l'un de mes domaines de responsabilité, à savoir les consultations externes de chirurgie du plateau technique Plantagenêt, dont le futur plan est joint en Annexe 5. Nous ne tiendrons donc pas compte des données des consultations de chirurgie ORL et maxillo-faciale, car pour le moment, ces deux services de consultations restent rattachés au pôle de chirurgie.

2.1.1 Les ressources en consultation externe de chirurgie

Au niveau paramédical

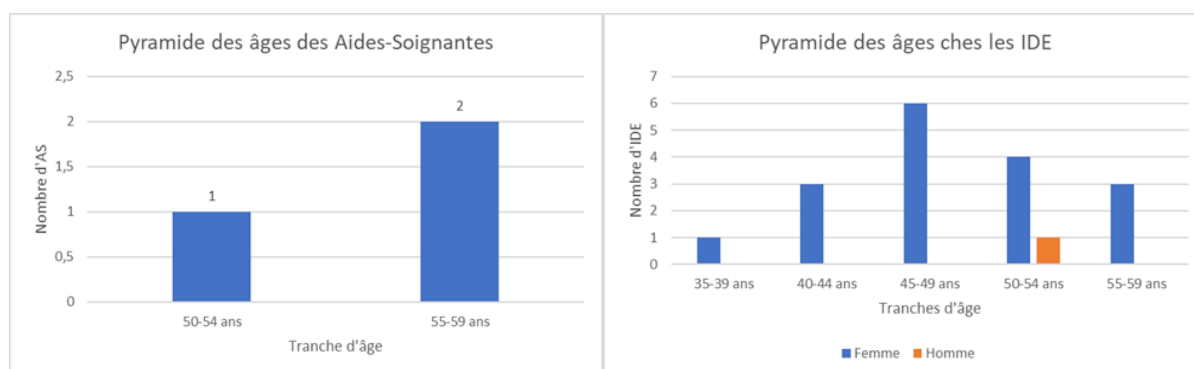
		digestif-bariatrique-plastique	orthopédie	vasculaire	urologie	ophtalmologie	Total
IDE	ETP cible	9,40			2,1	4,5	16
	ETP réel	9,4			1,95	4,5	15,85
	Ecart	0			-0,15	0	-0,15
AS	ETP cible				1	1	2
	ETP réel				2	1	3
	Ecart				1	0	1
Orthoptiste	ETP cible					3,6	3,6
	ETP réel					3,5	3,5
	Ecart					-0,1	-0,1
AMA	ETP cible	3,7	9,2	2,7	3,6	4,8	24
	ETP réel	3,7	9,2	2,6	3,6	4,8	23,9
	Ecart	0	0	-0,1	0	0	-0,1

Actuellement, nous avons un écart entre l'attendu et le réel en **Urologie** pour les infirmières et les aides-soignantes. Effectivement, ce tableau met en avant **un temps infirmier manquant** en urologie mais un **Equivalent Temps Plein, ETP, aide-soignant supplémentaire**. Ceci dit, ce surplus de temps aide-soignant d'urologie est aussi utilisé pour maintenir la présence aide-soignant, du lundi au vendredi, en ophtalmologie, puisque pour permettre à ce service d'être autonome au niveau aide-soignant, il faudrait 1,21 ETP.

Dans le cadre du projet institutionnel, **une analyse des besoins réels** a été effectuée avec la DRH à partir des activités existantes. Ce travail a mis en avant **une insuffisance de moyens actuels** pour répondre à l'ensemble des missions réalisées. Nous attendons, dans les semaines à venir, la décision du directeur pour savoir, s'il accepte les maquettes proposées en termes de ressources humaines paramédicales.

Pour affiner ma connaissance des professionnels paramédicaux, je me suis intéressée à la fois, à la pyramide des âges, à l'ancienneté des professionnels et aussi à l'absentéisme sur ce secteur.

Pyramide des âges et ancienneté chez les aides-soignantes et infirmières



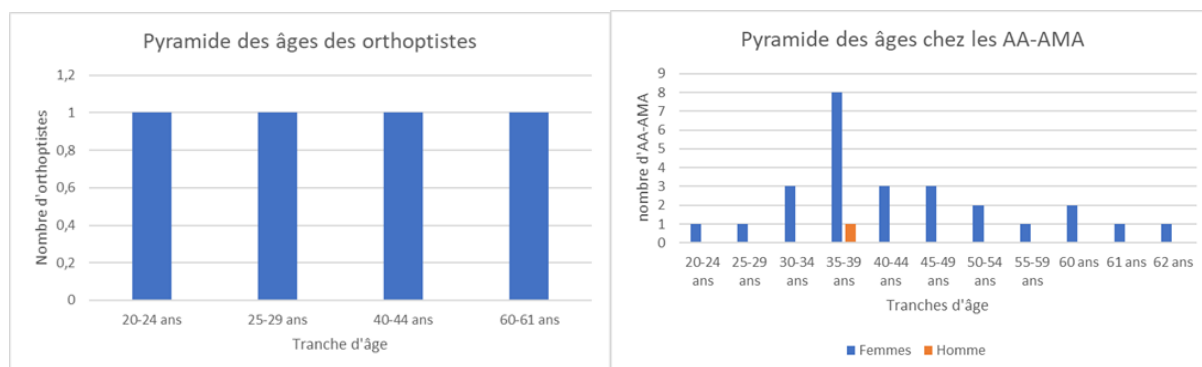
Données de la DRH du CHM, 2017

Comme le montre cet histogramme, la pyramide des âges montre que les professionnelles aides-soignantes **ont une moyenne d'âge élevée**, d'ailleurs deux d'entre elles partent à la retraite à la fin de l'année. Il faudra donc envisager le transfert de compétences. **Pour les**

aides-soignantes, l'ancienneté moyenne est de 4 ans avec une expérience en consultation variant de 1 à 7 ans.

Chez les infirmières, la moyenne d'âge est relativement élevée avec un peu plus de 44% d'entre elles âgées de plus de 50 ans. D'où une vigilance, car elles sont plus fatigables et plus à même d'être susceptibles de développer des pathologies musculosquelettiques. L'une d'entre elle partira à la retraite en 2018 et une deuxième en début d'année 2019. Il sera donc nécessaire d'organiser le transfert de compétences. **L'ancienneté moyenne des infirmières en consultation est de 6,3 ans** avec une amplitude allant de 1 à 10 ans de présence sur ce secteur.

Pyramide des âges et ancienneté des orthoptistes et des secrétaires



Données de la DRH du CHM, 2017

Chez les orthoptistes, la moyenne d'âge est relativement jeune. Une orthoptiste partira à la retraite en septembre 2018. Une réflexion est déjà menée pour envisager son remplacement, sachant qu'il s'agit d'un **métier sensible** pour lequel le recrutement est plus difficile, d'où l'intérêt de l'anticiper. Leur ancienneté moyenne est d'environ 9 ans avec une expérience allant de 2 à 15 ans. Cela s'explique par la spécificité de ce métier ne leur permettant de travailler, à l'hôpital, qu'en ophtalmologie.

67% des secrétaires médicales (AA-AMA) ont moins de 44 ans. 4 d'entre elles ont 60 ans et plus ; d'ailleurs deux partent à la retraite en 2018. Leur ancienneté est de 5,6 ans avec une expérience sur la consultation externe de chirurgie allant de 1 à 13 ans.

Absentéisme

En 2017, l'absentéisme annuel des professionnels des consultations externes de chirurgie était de **19,1% contre 7,6% en 2016** répartis principalement entre **les aides-soignantes** pour les $\frac{3}{4}$ et **les secrétaires médicales** pour un peu moins d' $\frac{1}{4}$. Ces arrêts de travail étaient liés, soit à des arrêts longs pour des interventions chirurgicales, soit de nombreux arrêts courts pour des pathologies courantes.

Chez les aides-soignantes, on retrouve un arrêt long pour problème familial important et **chez les secrétaires médicales, c'est le mal être qui a été la principale cause des arrêts de travail**, que j'expliquerai un peu plus loin dans ce travail.

Poste aménagé

Pour l'ensemble des professionnels travaillant aux consultations externes de chirurgie, une seule professionnelle, **une infirmière, bénéficie d'un poste aménagé** pour raison médicale depuis 6 ans. Elle n'a jamais déclaré d'arrêt de travail depuis, en lien avec son problème de santé. Ce qui n'était pas le cas lorsqu'elle travaillait en service, on peut donc conclure que son

changement de poste lui a permis de conserver une activité professionnelle sans dégrader sa santé.

Au niveau médical

	Digestif	Plastique	Vasculaire	Orthopédie	Urologie	Ophtalmologie
Praticien Hospitalier	6	1	5	10	4	1
Assistant	0	0	1	3	1	6
Internes	5	0	3	7	2	7

Toutes les spécialités sont très représentées en Praticien Hospitalier, PH, en dehors de **l'ophtalmologie ou il n'y a qu'un seul ETP PH** reposant sur 3 « têtes » décomposés comme suit : 0,5 ETP (temps partiel exercé uniquement sur le CHM), 0,3 ETP (reste du temps avec une activité dans le privé hors CHM) et 0,2 ETP (reste du temps avec une activité dans le privé en dehors du CHM). Les 6 autres ETP sont **des assistants**, ce qui n'est pas sans poser de problèmes pour l'organisation et le projet médical. Ceci est la conséquence de **la fuite des ophtalmologistes du CHM en 2015**. Pour faciliter l'organisation au sein de cette équipe désorganisée, l'un des assistants a été nommé chef de service sous la tutelle du chef de pôle de chirurgie.

Au niveau matériel

La consultation d'orthopédie bénéficie de six salles de consultation auxquelles se rajoutent deux salles de soins et une salle de plâtre. A cette configuration, on retrouve trois salles d'attente, une salle dite « propre » et une salle dite « sale ». Dans chacune des salles, les professionnels disposent d'une table d'examen, d'un bureau, d'un chariot soin, d'un négatoscope, des chaises et du matériel d'examen adapté à la spécialité (podoscope, marteau, mètre...). Les salles de consultations sont entourées par un secrétariat avec un front office et un back office. Chaque chirurgien travaille sur deux salles, accompagné d'une infirmière et une secrétaire, cette dernière est souvent référente du chirurgien. **Les infirmières ne disposent pas de bureau infirmier**. Il n'y a pas non plus de chariot d'urgence.

La consultation de chirurgie digestive-bariatrique et plastique dispose de quatre salles de consultation et une grande salle d'attente. **Les infirmières ne bénéficient pas de bureau infirmier ni de salle de soin**. Le matériel dans ces salles de consultation est le même qu'en orthopédie avec une particularité pour la chirurgie plastique qui, elle, bénéficie, d'un chariot de soin qui lui est complètement dédié.

La consultation de chirurgie vasculaire et thoracique bénéficie de deux salles de consultation, une salle de soin et une toute petite salle d'attente. Là encore, **les infirmières ne disposent de bureau infirmier**.

La consultation d'urologie bénéficie de 3 salles de consultation dont deux sont équipées de matériel spécifique, la troisième pouvant servir à l'infirmière pour réaliser des soins infirmiers, une salle de débitmétrie, un bureau infirmier et une toute petite salle d'attente. La configuration des salles de consultation reste identique aux autres spécialités, auxquelles se rajoutent les cystoscopes et un échographe. Cette spécialité partage avec les spécialités digestive-plastique et vasculaire une salle dite sale et une salle propre.

La consultation d'ophtalmologie est constituée de 10 box de consultation tous équipés avec du matériel spécifique, d'une salle de petite chirurgie pour réaliser des IVT, ou des biopsies, ablations de corps étrangers, toxine botulique..., une salle d'échographie, une salle de laser, deux salles d'OCT, une salle d'angiographie, trois salles d'attente, un bureau infirmier, une salle de soin, une salle de prise de mesure, une salle lancaster, une banque d'accueil infirmière, un secrétariat (back et front office), deux salles d'orthoptie, deux salles de champ

visuel, une salle de basse vision, une salle d'électrophysiologie, une salle sale et une salle propre.

2.1.2 L'activité dans ces services de consultation

L'organisation théorique des activités médicales

Le praticien représente **un des acteurs essentiels** de la consultation, puisque l'activité est directement liée à sa présence. L'organisation des activités de consultation doit tenir compte du fait que les praticiens interviennent également dans les blocs opératoires, dans les services d'hospitalisations, mais également en consultation avancée sur des CH composant le GHT. En plus, sur notre établissement, comme nous l'avons vu précédemment, les blocs opératoires sont aussi distincts, architecturalement parlant, puisqu'ils sont sur trois sites différents. Cela impose donc de composer avec chacune des activités des chirurgiens et des organisations des autres secteurs, sans parler de l'activité libérale réalisée par certains chirurgiens dans des cabinets privés.

Les différents types de consultation

Même si les spécialités sont différentes, les activités réalisées au sein des consultations sont sensiblement les mêmes. Y sont effectuées **des consultations diagnostiques**, de patients envoyés par leur médecin traitant ou de patients hospitalisés dans l'Établissement avec une demande d'avis du médecin référent de l'unité en question, pouvant ouvrir sur des actes chirurgicaux réalisés au moment de la consultation ou au bloc dans le cadre d'une urgence, ou en programmation au bloc opératoire (conventionnel ou ambulatoire). Les patients consultés, le sont aussi dans le cadre d'une **consultation post-opératoire** pour des patients qui ont été opérés. Les praticiens réalisent aussi des **consultations dites médicales** pour assurer le suivi d'une pathologie ne justifiant pas, ou pas encore, un acte chirurgical. Lors du déploiement de l'informatisation du logiciel de prise de rendez-vous, une organisation médicale a été définie pour pouvoir élaborer les agendas de prises de rendez-vous. Malgré tout, de nombreuses modifications ont été effectuées depuis, pour, à la fois, s'adapter à la demande personnelle de certains chirurgiens, aux modifications de plages de blocs mais aussi à l'arrivée de nouveaux praticiens. Dans le cadre de la projection du déménagement vers Plantagenêt, je travaille sur le lissage des activités chirurgicales en consultation, afin d'optimiser le présentisme médical et éviter les consultations au pied levé totalement désorganisant et chronophages.

L'organisation des consultations

En orthopédie, la règle de 35 consultations est fixée par vacation. Malgré tout, celle-ci n'est pas souvent respectée et même dépassée pouvant aller jusqu'à 72 patients par vacation pour l'un des praticiens. Ce qui impose une adaptation de la disponibilité des salles et des paramédicaux à ce praticien. Pour les autres professionnels médicaux, la densité du nombre des consultations est fortement liée aux multiples astreintes, comme l'astreinte « main » réalisée par deux praticiens, l'astreinte « traumato » mais aussi la contrainte de revoir les patients après un passage au SAU dans des délais contraints. **Chaque chirurgien bénéficie de deux vacations de consultation par semaine**, soit 26, répartis comme suit : six vacations les lundis, mardis et jeudis ; quatre le mercredi et quatre le vendredi. Le mercredi dans les faits, c'est comme si nous avions cinq vacations car un des chirurgiens qui bénéficie de sa plage du mercredi matin déborde largement sur la plage d'après-midi. Malgré tout, **il reste des disponibilités le vendredi après-midi.** En moyenne, **une consultation d'un patient avec**

un chirurgien orthopédique dure 10 minutes avec une amplitude variant de 7 à 15 minutes.

En chirurgie digestive, le nombre moyen de patients vus par vacation est de 20, sachant que le nombre diffère en fonction des praticiens. Un des chirurgiens digestifs assure en plus une vacation de consultation spécialisée en bariatrie. **Chaque consultation non spécialisée dure en moyenne 10 minutes** avec le praticien, celles-ci varient en fonction du motif de la consultation. Le chirurgien plastique assure deux vacations par semaine avec des plages dédiées pour des gestes techniques.

En chirurgie vasculaire, le nombre moyen de patients vus par vacation est de 15. Il existe deux types de consultation :

- Les consultations avec pansements nécessitant la présence d'une infirmière.
- Les consultations sans pansement permettant, en pratique, que le chirurgien consulte seul. Dans la réalité, la situation est loin d'être ce qui est écrit.

Sur les six chirurgiens vasculaires, deux d'entre eux exercent en plus la spécialité thoracique. Au total, dix vacations de consultations sont réalisées par semaine. **En moyenne, le temps passé par un patient avec le chirurgien en consultation de vasculaire est de 15 minutes** avec une amplitude, variant de 15 à 30 minutes.

En urologie, le nombre moyen de patients vus par vacation est de 20. L'équipe, constituée de 5 chirurgiens pour le moment (la cible étant 4), effectue 13 vacations par semaine dont 4 d'entre elle sont programmées sans geste technique donc sans l'aide d'infirmières, en principe, mais la réalité est loin d'être la théorie. **En moyenne, le temps passé à voir un patient est de 12 minutes** avec une amplitude, variant de 10 à 30 minutes.

En ophtalmologie, le nombre moyen de patients vus par vacation est de 28, mais il est très variable d'un praticien à l'autre. Effectivement, les chirurgiens spécialisés dans la rétine voient moins de patients, car les consultations sont beaucoup plus longues et nécessitent des examens techniques. Par ailleurs, le nombre de patients consultés est augmenté lorsque les orthoptistes réalisent des consultations dites aidées, c'est-à-dire une préconsultation avant le praticien pour avancer celle-ci. **Le temps passé en consultation avec le chirurgien varie de 3 à 12 minutes.** Mais **le temps global passé dans les locaux de la consultation pour un patient est beaucoup plus long, et peut aller jusqu'à 2h00, voire plus.** Effectivement, en fonction du motif de la consultation, le patient peut nécessiter de multiples examens comme la prise de mesure, la dilatation préconsultation et per-consultation, la consultation infirmière, l'OCT, la réfraction, allongeant ainsi le temps d'attente.

L'organisation du temps paramédical

Les professionnelles de santé, infirmières, aides-soignantes, orthoptistes ou secrétaires médicales sont fortement dépendantes de l'organisation ou de la désorganisation médicale.

Les infirmières et les aides-soignantes

Les IDE des spécialités orthopédiques, digestives, plastique et vasculaires travaillent, en principe, alternativement sur chacune de ces spécialités. Leur planning est organisé de sorte qu'elles puissent maintenir cette polyvalence pour dynamiser leurs savoirs. Malgré tout, on constate que les professionnels de santé réalisent régulièrement des changements sur leur planning pour travailler, plus souvent, avec les mêmes praticiens ou alors, pour ne pas travailler avec certains praticiens, ayant une activité qui déborde sur chacune de leur consultation. **Pour l'urologie et l'ophtalmologie, les infirmières travaillent uniquement sur leur spécialité.**

Les aides-soignantes travaillent **uniquement sur les spécialités d'urologie et d'ophtalmologie**. Elles n'interviennent pas, en principe, sur les autres spécialités sauf si l'infirmière est occupée.

Les secrétaires médicales

En ophtalmologie, **les secrétaires médicales sont référentes des chirurgiens de leurs spécialités et assurent la prise de rendez-vous de cette spécialité.**

Pour le secteur de digestif et d'orthopédie, les secrétaires sont identifiées ; les unes pour les consultations, les autres pour le Bureau central des Rendez-Vous, BCRV.

Sur les secteurs de vasculaire et d'urologie, les secrétaires sont polyvalentes à la fois sur le BCRV et sur les consultations externes de ces deux spécialités. L'ensemble des secrétaires est placé sous la responsabilité d'une cadre secrétaire qui travaille en étroite collaboration avec moi.

Les orthoptistes

Elles travaillent uniquement en ophtalmologie en collaboration avec les praticiens, réalisent des bilans orthoptiques et assurent des séances de rééducation orthoptique. C'est un métier qui se situe au carrefour entre le praticien, l'infirmière, l'aide-soignante et la secrétaire médicale.

Un fort sentiment d'appartenance en consultation externe

Globalement **les soignants des secteurs de consultation véhiculent un sentiment d'appartenance très fort à leur service.** Le sentiment d'appartenance est lié au processus de socialisation. Selon Claude Dubar, professeur en sociologie à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, il existe deux types de socialisation.

Premièrement **la socialisation primaire** qui commence dès la petite enfance avec l'enfant qui recrée par des gestes organisés le rôle de sa maman avec ses poupées, où le rôle de son papa avec le journal. Ainsi, l'enfant s'invente un double avec qui, il joue à prendre des attitudes, à inverser des rôles, à changer ses gestes, sa voix. Cette socialisation se poursuit à l'école maternelle par l'apprentissage de jeux réglementés, donc de règles et de codes. C'est aussi le moment où l'enfant comprend qu'il ne doit pas continuellement subir, mais devenir acteur à part entière. Il apprend donc à s'affirmer dans un groupe auquel il est identifié et consolide comme cela son identité sociale, achevant ainsi son processus de socialisation.

Deuxièmement, **la socialisation secondaire**, avec l'acquisition par l'individu de savoirs plus spécifiques appelés des savoirs professionnels. C'est l'intégration de nouvelles règles et un langage propre au métier choisi ou réalisé. Cela donne ainsi le **sentiment d'appartenance à une catégorie de professionnels.**

Le service public hospitalier apparaît abstrait pour la majorité des professionnels, même s'ils lui reconnaissent un caractère légitime. **Ainsi, peu d'agents y voient une appartenance à l'institution, alors que ce sentiment apparaît plus concret, plus fort lorsqu'il s'agit d'appartenance à un service, à une équipe à un médecin.** Celle-ci confère à l'agent une **identité professionnelle** qui lui permet aussi d'être reconnu auprès de ses pairs et des médecins, **sentiment omniprésent dans les services de consultations externes de chirurgie.**

Le taux d'occupation des salles

A ce jour, il n'existe pas, dans l'établissement, d'outils permettant de calculer le taux d'occupation des salles de consultation. Malgré tout, avec mon homologue cadre des secrétariats médicaux, nous l'avons calculé sur une période d'un mois où l'ensemble des

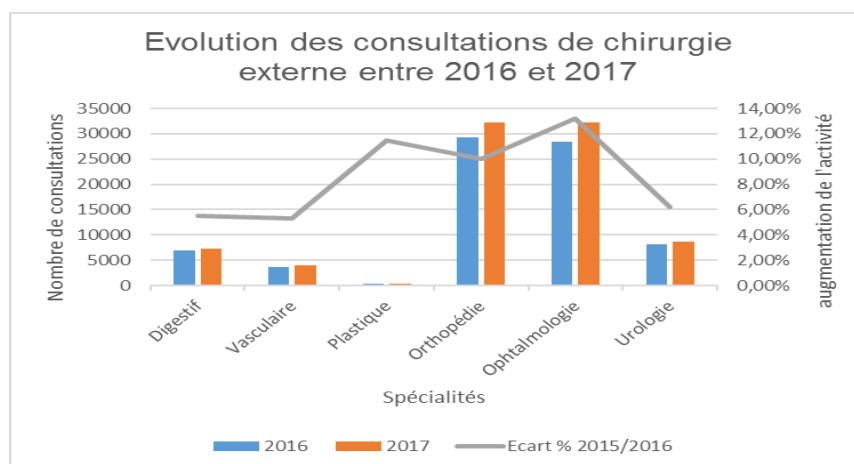
praticiens étaient présents, à partir des agendas. Bien évidemment, ce calcul présente des biais, puisqu'il n'est pas lissé sur l'année avec les absences des praticiens. Malgré tout, il nous donne une idée des marges de manœuvre encore possible à activité pleine.

Spécialité	nombre de jour d'ouverture par an	Amplitude moyenne d'ouverture par jour	Taux d'occupation moyen par semaine
Digestif-Plastique	240	10h00	80%
Vasculaire		10h00	70%
Orthopédie		12h00	90%
Urologie	240	10h00	82,50%
Ophthalmologie		10h00	98,60%
Total		10h24	84%

Comme le montre ce tableau, le taux d'occupation des salles varie d'une spécialité à l'autre. **Il est très important en orthopédie et en ophtalmologie**, ce qui laisse entrevoir une marge de manœuvre très faible d'augmentation des vacations avec l'architecture actuelle. Par ailleurs, le nombre d'heure moyen d'ouverture des salles par jour est identique en dehors de **l'orthopédie ou l'amplitude est supérieure de 2h00**, ce qui implique forcément des amplitudes de travail modifiées pour les professionnels paramédicaux.

2.1.3 L'impact économique des consultations

Entre 2005 et 2016, le nombre de consultations de chirurgie a augmenté de 58% avec un recrutement de 16 chirurgiens. **Le nombre d'interventions chirurgicales a augmenté sur la même période de 54%** et **les services d'hospitalisation de chirurgie ont vu leur nombre de séjours progresser de 45%**. Parallèlement, le nombre d'ETP paramédical sur cette même période (hospitalisation - consultation - chirurgie ambulatoire - bloc opératoire) est passé de 406 à 336 ETP, avec une fermeture de 26 lits et la création de 15 box supplémentaires d'ambulatoire, passant ainsi la capacité d'accueil à 30. Le nombre de consultations ne cesse de progresser ces deux dernières années avec une nette augmentation en 2017 pour deux spécialités que sont **l'ophtalmologie et l'orthopédie**.



Données du DIM du CHM, 2017

Comme le montre cet histogramme, l'ophtalmologie a vu son **activité de consultation croître de 13,3% et 10% pour l'orthopédie** avec 2 recrutements d'orthopédistes. Cette augmentation génère des délais d'attente de Rendez-Vous, RDV, plus longs et particulièrement en ophtalmologie où la situation est déjà très tendue. Globalement, les consultations ont augmenté de 11,2% sur le plateau technique, largement au-dessus de l'objectif institutionnel fixé à +6%. **L'ophtalmologie et l'orthopédie représente chacune 30% de la part de l'activité de consultation sur le plateau technique.**

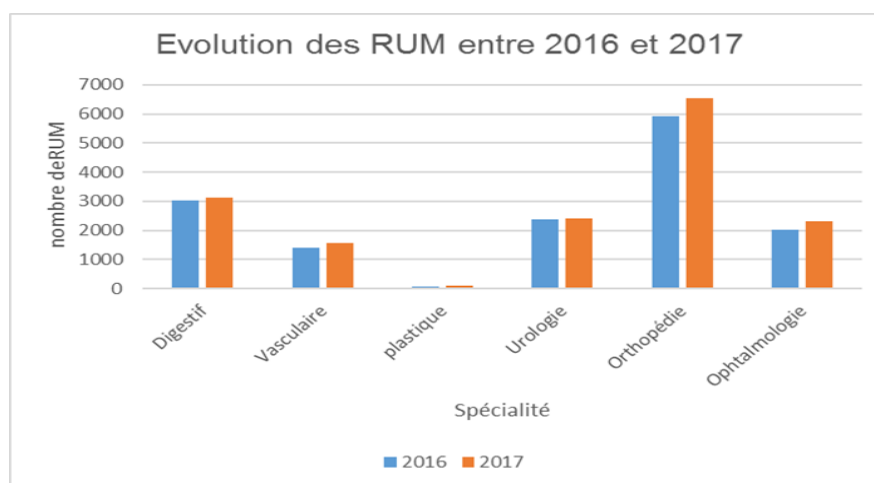
La valorisation des consultations :

L'assurance maladie a défini une nomenclature des actes permettant la valorisation des différents types de consultation après codage par les professionnels médicaux et non médicaux.

Il existe deux types de classification : la **Classification Commune des Actes Médicaux, CCAM**, et la **Nomenclature Générale des Actes Médicaux, NGAP**²⁶. Le codage est réalisé de différentes façons au sein des consultations. Dans certaines spécialités, comme **en orthopédie, ce sont les secrétaires qui saisissent dans le logiciel CORA les actes médicaux**, à partir d'un document papier renseigné par le chirurgien. Celles-ci le renseignent au décours de la consultation ou en fin de celles-ci. **Pour les spécialités pour lesquelles ce sont les praticiens qui renseignent** directement leurs actes comme **en ophtalmologie**, nous constatons de **nombreux retards de saisie** nécessitant sans cesse des rappels par l'encadrement.

Pour assurer le suivi du codage, le pôle de chirurgie a créé en 2009, **une cellule de codage** composée de deux agents administratifs formés à cette activité. Ainsi, elles suivent tous les dossiers et nous informent des retards ou problèmes de codage. Cette organisation nous permet de mieux **valoriser nos séjours**, faire prendre conscience aux équipes médicales de l'intérêt du codage et de la pertinence des informations à tracer dans les différents comptes-rendus. C'est aussi un **outil managérial** permettant d'identifier les activités lucratives, et ainsi fixer des objectifs d'amélioration. Par exemple, pour optimiser les recettes, j'ai développé, à compter du 02 février 2018, le codage des actes infirmiers pour le service d'ophtalmologie et, en collaboration avec la DAF, remis à jour la nomenclature des orthoptistes, qui nous est plus favorable.

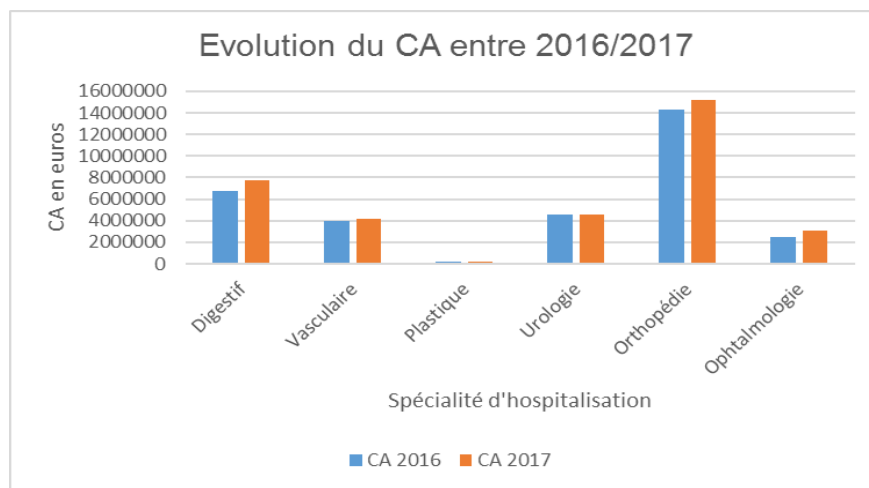
L'impact sur les hospitalisations



Données du DIM du CHM, 2017

Le nombre de RUM a également augmenté entre 2016 et 2017 de façon proportionnelle à l'évolution du nombre de consultation. Effectivement, les consultations sont la porte d'entrée vers les hospitalisations.

²⁶ Liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (classification commune des actes médicaux <CCAM> ; nomenclature générale des actes médicaux <NGAP>) ; Arrêté du 27 mars 1972 modifiant l'arrêté du 4 juillet 1960. [Consulté le 17 janvier 2018]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr>.



Données du DIM du CHM, 2017

En dehors de la chirurgie plastique et l'urologie, les chiffres d'affaires, CA, ont augmenté en hospitalisation pour l'ensemble des spécialités. Le CA a fortement augmenté en hospitalisation pour les **spécialités d'ophtalmologie (+13,3%)** en lien avec la hausse du nombre de consultations et la prise en charge de chirurgies plus lourdes (intervention sur la rétine). Il en va de même pour la **spécialité digestive** qui a vu son **CA augmenté de 13,3%** liée à une majoration du nombre de consultations, un meilleur codage des actes et des prises en soins chirurgicales plus lourdes. Par contre, le CA a légèrement diminué en Urologie (-0,1%) lié à des séjours non codés. Concernant **la chirurgie plastique, le CA a fortement diminué (-16,8%)**, malgré un nombre de RUM identique, mais des patients moins « lourds ».

Pour optimiser le pilotage de ce plateau technique, il serait intéressant de connaître la proportion de consultations externes qui génèrent une hospitalisation, malheureusement cet indicateur n'est pas suivi au sein du CHM. J'ai rencontré le contrôleur de gestion pour lui demander de le rajouter dans les tableaux d'indicateurs.

Sur le secteur de consultation externe de chirurgie, je constate **un sentiment d'appartenance très fort à la spécialité** voire à un praticien, malgré une polyvalence instaurée pour les différents métiers paramédicaux. Les chiffres d'activités en hospitalisation suivent l'évolution du nombre de consultation, ce qui confirme que ces dernières constituent bien **la porte d'entrée** d'un établissement de santé. C'est pourquoi, le CHM a souhaité, à travers son projet ARC, les restructurer pour accroître notamment son attractivité sur un territoire très rural. Il reste, malgré tout, des efforts à faire dans le domaine du codage des actes.

2.2 Le diagnostic organisationnel des services de consultation

Lorsque j'ai pris mon poste au sein des consultations externes de chirurgie, **mon objectif était de déployer la consultation d'annonce infirmière en chirurgie digestive**. Tout d'abord, parce trop souvent, j'ai accueilli des patients en hospitalisation conventionnelle, souffrant de pathologie carcinologique sans qu'aucune prise en charge ne leur soit proposée, avec un niveau d'information moindre, chez des patients jeunes, encore en activité, avec de jeunes enfants et une maladie portant atteinte à leur image et dont le pronostic vital pouvait être engagé. Mais aussi pour répondre à la réglementation nationale. Trois plans cancer se sont succédés sans que rien ne soit fait. Malgré tout, prenant en charge ce nouveau secteur, il

m'est donc apparu indispensable de **réaliser un rapport d'étonnement pour m'assurer que l'organisation existante était compatible avec cette nouvelle activité.**

La méthodologie choisie :

Pour réaliser ce travail, j'ai utilisé la méthodologie présentée dans le schéma en Annexe 6, qui se déroule en **quatre étapes** selon les travaux de Watzlavick, Weakland et Fisch²⁷, trois psychiatres. La première consiste en **une analyse de l'existant** pour déterminer avec précision la problématique. La seconde permettra de mener **une réflexion** qui permettra d'étayer la troisième étape, qui sera **d'identifier le changement à mettre en œuvre**. La quatrième servira à formuler **des solutions et envisager le déploiement**.

La première étape : l'analyse de l'existant

Pour réaliser cette analyse des services de consultation, je décide de déterminer avec précision **l'activité réalisée par les professionnels paramédicaux**, spécialité par spécialité, et **les règles d'organisation que se sont donnés les acteurs**.

Je commence donc par rencontrer l'ensemble des **professionnels de santé paramédicaux** au cours **d'entretiens en focus groupe** à l'aide d'une grille d'entretien, (en Annexe 7), à raison de 4 temps différents pour voir l'ensemble des professionnels, et **les praticiens responsables des services de consultation en entretiens individuels**, à l'aide d'une grille d'entretien (en Annexe 8), soit 5 entretiens. Ces rencontres ont pour objectif **d'échanger sur les organisations existantes pour dresser leur bilan, découvrir leurs activités et les moyens associés pour y répondre et aborder le projet institutionnel**, ainsi que leur vision de celui-ci.

Puis, pour affiner ma connaissance du terrain, je prends connaissance **des différents outils à ma disposition** : les plannings, outil managérial du cadre qui m'a permis d'identifier certains pouvoirs que se sont accordés certains professionnels entraînant un impact sur les organisations, notamment une inadaptation des horaires aux activités et des horaires différents en fonction des professionnels exerçant le même métier ; les fiches de poste, outil définissant les missions et les compétences liées à chacun des métiers et au poste lui-même; le logiciel de rendez-vous, outil de programmation, de visualisation et de suivi des consultations.

Enfin, je décide de **passer plusieurs demi-journées sur le terrain avec les professionnels de santé**, spécialité par spécialité, en donnant du temps à chacun des métiers, pour identifier les besoins des patients, définir le travail prescrit et réel, faire les liens avec les fiches de postes, définir les forces et faiblesses des organisations actuelles, observer les relations entre praticiens et soignants et identifier les enjeux de pouvoir. Pour effectuer l'ensemble de ces activités, je me sers d'une grille d'observation que je renseigne par spécialité, dont les résultats se trouvent en Annexe 9. **Je demande également aux professionnels de recenser leurs activités par spécialités**, à l'aide d'une grille (en Annexe 10), que j'analyse, spécialité par spécialité, avec les résultats en Annexe 11. Ces rencontres me permettent aussi **d'identifier les activités de soins communes et spécifiques à chacune des spécialités, d'évaluer la répartition journalière en temps passé aux activités par les professionnels, d'observer les amplitudes de travail et de définir les processus organisationnels de prise en charge des patients**.

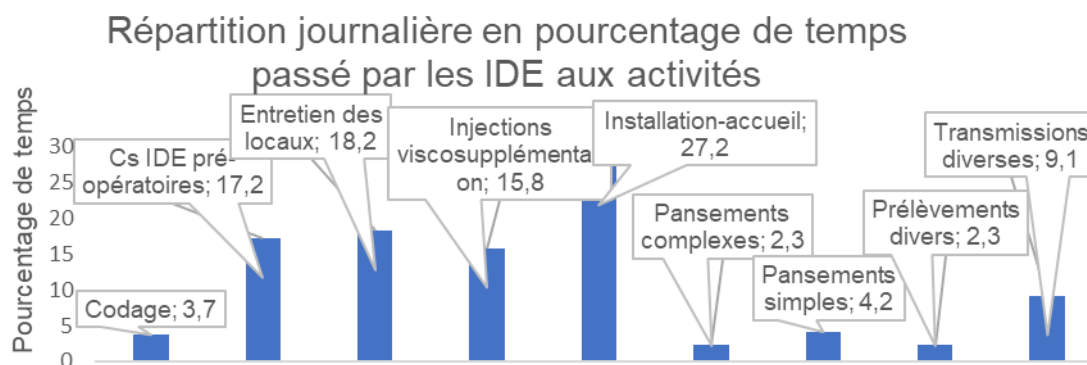
L'ensemble de ces rencontres avec les équipes, le travail d'observation et l'analyse du travail m'a permis d'établir un diagnostic organisationnel des consultations, que je vais vous présenter dans la prochaine partie, et **initier la deuxième étape** qui, à travers mes différentes lectures, va me permettre de réfléchir au changement à envisager.

²⁷ Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas A. Partie 1 : Les changements continus « In ». Conduite du changement : concepts clés. Paris : Editions Dunod ; 2014 ; page 201.

2.2.1 L'activité paramédicale

Quelle que soit la spécialité, l'activité soignante est étroitement liée à celle du praticien, et il en est de même pour les organisations soignantes. Pour déterminer les temps passés par les professionnels à la réalisation de leurs activités, j'effectue cette analyse du travail réel sur deux semaines en choisissant les périodes où les praticiens sont tous présents, afin d'avoir une bonne représentativité de l'activité. (cf Annexe 11)

En consultation d'orthopédie :



Les activités :

Comme le montre ce schéma, **seulement 54,6% de l'activité infirmière en orthopédie justifie la compétence infirmière exclusive**, répartie entre les consultations infirmière préopératoires (17,2%), l'aide aux injections (15,8%), les pansements simples (ablation de fils, agrafes, pansements secs) et complexes (ablation de matériel prothétique type broche (6,5% au total), les transmissions (9,1%), le codage des actes (3,7%) et les prélèvements divers tels que la recherche de Staphylococcus Aureus Résistants à la Méthicilline, SARM, pour les prothèses totales de hanche (2,3%). Le reste, **soit 45,4% du temps ne justifie pas forcément une compétence infirmière pour réaliser les activités** que sont l'installation du patient en salle (27,2%) et l'entretien des locaux (18,2%).

Comme nous venons de le voir, l'infirmière réalise 17,2% de consultation préopératoire par jour. Celle-ci se fait au décours de la consultation du chirurgien, pendant que ce dernier consulte dans la salle d'à côté, laissant **un temps maximal de 7 minutes à l'infirmière pour donner les consignes préopératoires au patient** (dépilation - douche préopératoire - jeûne - information relative à la prise de sang - information des rendez-vous divers - coordination des soins - explication et remise de différents documents tels que le consentement et le questionnaire d'anesthésie, le consentement opératoire, le formulaire sur la personne de confiance, le lieu, jour et heure d'admission), récupérer l'ordonnance de traitement personnel et répondre aux questions ou inquiétudes du patient. **Ce temps imparti ne facilite pas l'observance par le patient de la totalité des informations données dans un temps court, ce qui se vérifie notamment au cours de la consultation d'anesthésie**, où les patients arrivent avec des documents non signés, non renseignés, des bilans sanguins non réalisés, avec des questions autour de la dépilation et de l'hospitalisation. Il serait intéressant d'objectiver le pourcentage de patients concernés.

Par ailleurs, cette spécialité est dotée de 3 professionnels infirmiers formés au métier de gypsothérapeute. Ils réalisent l'ensemble des contentions (plâtre, résine, corset..) et l'ablation de ces dispositifs en consultation, mais également sur l'ensemble des services d'hospitalisation du CHM. Ils aident également leurs collègues infirmières dans la réalisation des injections de viscosupplémentation lorsqu'ils le peuvent, sachant que deux gypsothérapeutes sont présentes, systématiquement, chaque jour.

Le taux de débordement :

Dans l'objectif de la projection du déménagement vers le nouveau bâtiment « Plantagenêt », j'ai évalué le taux de débordement des salles, compte tenu que l'amplitude d'ouverture des salles sera de 9h00. Sur 2 semaines, j'ai donc effectué des relevés. J'ai constaté 17h00 de plus de consultation en salle sur 10 jours, ce qui représente **un taux de dépassement de 18,8%**. Ce débordement impose aux infirmières de faire des heures supplémentaires entraînant une désorganisation soignante et un coût pour le CHM. Pour éviter cela dans le cadre du projet, un travail est effectué en groupe, en collaboration avec les praticiens, pour lisser leur présentisme aux consultations. Aussi, dans le prochain bâtiment, les orthopédistes bénéficieront de 2 salles supplémentaires pour éviter, à la fois, ces débordements et permettre le développement de leurs activités.

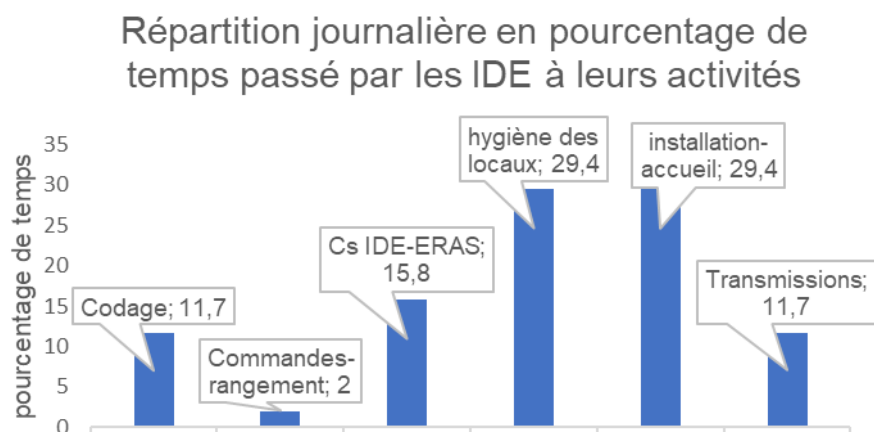
Dans cette spécialité, le temps infirmier est, avant tout, **consacré à l'organisation des activités médicales** au détriment de la prise en soin du patient et de la pleine utilisation des compétences infirmières.

Les préconisations :

Je pense qu'il serait souhaitable de récupérer du temps infirmier destiné à l'installation et l'entretien des locaux pour **développer une véritable consultation infirmière**, ainsi qu'**une consultation pansement** pour répondre à une logique de compétences. D'autant plus, que les praticiens souhaitent développer la filière rapide pour la chirurgie prothétique du genou. Cela permettrait aussi de **cadre la filière urgence**, qui aujourd'hui, manque de fluidité et impose de faire intervenir l'infirmière coordinatrice de parcours du pôle de chirurgie. Malgré tout, pour maintenir le même volume journalier de patients en consultation, tel est encore le souhait d'une majorité de chirurgiens, il faudrait envisager de réfléchir à la compétence adaptée pour réaliser ces activités, car le nombre de patient diminuerait fortement s'ils assuraient eux-mêmes l'installation du patient et l'attente de l'habillage-déshabillage. A ce jour, **il n'y a pas de temps aide-soignant en consultation d'orthopédie, uniquement un binôme infirmier/secrétaire, par consultation et par chirurgien.**

En consultation digestive :

Comme en orthopédie, **sur ce secteur il n'y a pas non plus d'aide-soignante**. C'est le binôme infirmière/secrétaire qui assure la consultation avec un chirurgien sur 2 salles. Les pansements, lorsqu'il y en a, sont réalisés au décours de la consultation du chirurgien dans la même salle si le chirurgien accepte, sinon une troisième salle de consultation est ouverte, si cela est possible ; dans le cas contraire, le soignant utilise la salle de soin du secteur de vasculaire, car je rappelle que ce secteur ne bénéficie pas de salle de soin.



Les activités :

Cet histogramme met en évidence que près des 2/3 du temps infirmier journalier (60,8%) est consacré à des activités ne justifiant pas une compétence infirmier exclusive ; il s'agit de l'accueil, l'installation des patients et leur famille (29,4%), l'hygiène des locaux (29,4%), et les commandes diverses (2%). **Seulement 39,2% du temps infirmier nécessite une compétence spécifique infirmière.** Celle-ci s'articule autour des transmissions vers la secrétaire et/ou professionnels de l'ordonnancement des lits dans le cadre d'une hospitalisation au décours de la consultation (11,7%), le codage des actes (11,7%) et la consultation infirmière (15,8%). Cette dernière s'effectue de deux façons.

Tout d'abord, **la consultation infirmière préopératoire** qui se déroule au décours de la consultation du chirurgien lorsqu'une chirurgie est prévue, celle-ci **dure environ 10 minutes.** Elle s'organise de la même façon qu'en chirurgie orthopédique, à savoir un temps d'information pour expliquer au patient et son entourage, la date, lieu et heure d'hospitalisation, les consignes concernant le rendez-vous d'anesthésie avec les différentes prises de sang à effectuer, les différents documents administratifs à renseigner en identifiant ceux à ramener pour la consultation d'anesthésie et ceux à rapporter le jour de l'hospitalisation, puis un temps consacré aux questions.

Puis **la consultation infirmière de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, RAAC**, est une consultation réalisée à distance de la consultation du chirurgien, programmée sur un logiciel de programmation de consultation infirmière, dont la durée varie entre 45 minutes et 1heure. Celle-ci est proposée par le chirurgien lors de sa consultation, si le patient peut prétendre à intégrer le programme RAAC, en répondant à un certain nombre de critères que sont ses capacités à pouvoir se mobiliser rapidement après la chirurgie, l'absence d'antécédents justifiant un passage en unité de soins continus, la possibilité pour le patient de retourner à son domicile. Au cours de cette consultation, l'infirmière reprend avec précision l'intervention, la préparation préopératoire, le conditionnement post-opératoire, l'organisation des soins pendant le séjour, la durée de l'hospitalisation et l'investissement demandé auprès du patient, en précisant qu'il s'agit d'un contrat entre le patient et l'équipe, paramédicale et chirurgicale ; tout cela étant consigné dans un chemin clinique signé par le patient et le chirurgien. Ce document sert ensuite de base à la prise en soin du patient dans le service d'hospitalisation. Sur l'année 2017, 91 consultations infirmières RAAC ont été réalisées (en augmentation par rapport à 2016) contre 2123 consultations infirmières, dites normales (en augmentation également).

Le codage des actes se fait sur un logiciel au décours de la consultation ou en toute fin de consultation. Je constate de **grandes disparités dans le codage par les infirmières** qui est plus ou moins fait en fonction des personnes. En dehors d'un soin infirmier type pansement, ce codage ne permet pas de valoriser financièrement la consultation, puisque c'est la consultation du chirurgien qui prime, mais il permet malgré tout d'évaluer l'activité soignante. Il en va de même pour la consultation infirmière RAAC, pourtant chronophage.

Le temps dédié aux commandes et rangement est commun pour l'orthopédie, le digestif et le vasculaire puisqu'il n'y a qu'un local de stockage facilitant ainsi cette activité. A ces activités, se rajoute un temps de « préparation de consultation », difficilement calculable. Effectivement, chaque infirmière prépare sa consultation, sachant que cette activité n'est pas harmonisée d'un soignant à l'autre, ni en temps, ni dans son processus.

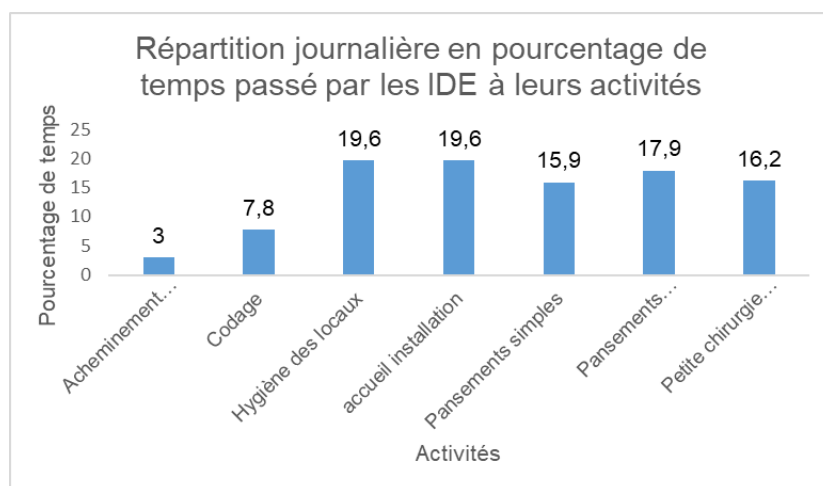
<p>On constate donc que l'infirmière n'est pas réellement centrée sur son cœur de métier, mais est parasitée par des missions qui ne justifient pas forcément une compétence infirmière.</p>

Les préconisations :

Il serait donc judicieux de réfléchir aux **compétences** nécessaires pour répondre à chacune des activités exercées au sein de cette consultation, et ainsi **identifier les « bons » métiers pour réaliser les bonnes activités**. Cela permettrait de récupérer du temps infirmier pour développer une réelle consultation infirmière, plus que nécessaire, et notamment **développer la consultation infirmière d'annonce**, dans la cadre du plan cancer²⁸, ce qui compléterait la filière rapide.

En chirurgie plastique :

Dans cette discipline, le CHM bénéficie d'un chirurgien réalisant deux vacations pansements et deux vacations de consultation. Il partage son temps de travail entre la clinique du Pré et le CHM. Au sein même de notre établissement, il travaille à la fois sur le bloc du Fontenoy et le bloc de gynécologie.



Les activités :

57,8% du temps passé aux activités infirmières nécessite réellement des compétences infirmières. Celles-ci se regroupent dans des activités de pansements simples, tels que l'ablation de fils, agrafes (15,9%), des pansements complexes comme les pansements d'escarres et les brûlures (17,9%), l'aide à la petite chirurgie, c'est-à-dire assister le praticien pour certains actes médicaux tels que des biopsies ou des ponctions (16,2%) et le codage de l'activité (7,8%).

Les 42,2% de temps infirmier restant ne nécessitent pas une compétence infirmière : il s'agit de l'accueil et l'installation du patient et sa famille (19,6%), l'entretien des locaux entre deux consultations et en fin de consultation (19,6%) et l'acheminement des examens (3%) vers le point chaud pour ensuite être transportés vers le laboratoire. A ce jour, le service de consultation se situe à un niveau en dessous du local où sont entreposés les examens devant être acheminés vers le laboratoire via un coursier, sachant que ce dernier passe toutes les heures.

A l'ensemble de ces activités, se rajoute, comme pour les autres spécialités, du temps, difficilement mesurable, comme la préparation de la consultation et parfois la recherche de matériel au bloc opératoire pour réaliser certains soins.

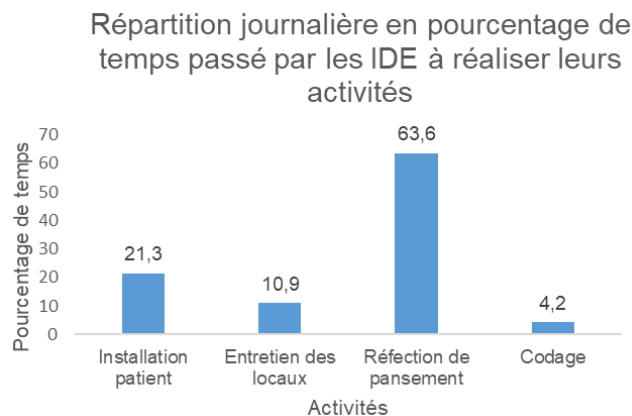
²⁸ Plan cancer 2014-2019. Article 4.1, Marisol Touraine ; Ministre des Affaires sociales et de la Santé et Fioraso Geneviève ; Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche. [Consulté le 28 décembre 2017] ; 149 pages ; p.43.

Dans cette spécialité, **les compétences de l'infirmière sont moins sous utilisées que dans les autres spécialités**. Malgré tout, on constate quand même une part importante de temps passé à réaliser des activités qui ne relèvent pas spécifiquement du métier de l'infirmière.

Les préconisations :

Il serait aussi intéressant et valorisant pour les professionnels de développer une réelle **consultation infirmière** pour optimiser la préparation des patients, en regard d'une hospitalisation et une **consultation infirmière pansement** au cours de laquelle pourrait être développées des compétences spécifiques en plastie, ce que se réserve le chirurgien

En chirurgie vasculaire :



Les activités :

Comme le montre cet histogramme, presque **2/3 de l'activité infirmière** est concentrée sur **la réalisation de pansements**. Chacun des patients pris en soin par l'infirmière est accueilli et installé par elle, dans une salle de soin, ce qui représente 21,3% de son temps de soin. Ils sont vus par les chirurgiens référents qui consultent sur une salle juxtaposée à celle de l'infirmière et lui donnent ainsi, les consignes pour la réalisation du soin et le suivi à organiser. Le temps passé à réaliser un pansement est en moyenne de 30 minutes. **La problématique dans cette organisation est le temps d'attente de l'infirmière et du patient, car le chirurgien consulte en parallèle et cette organisation n'est pas suffisamment fluide.**

10,9% du temps infirmier est consacré à l'entretien de la salle de consultation pour assurer l'hygiène du matériel entre deux patients, l'évacuation des poubelles et l'entretien de la salle en fin de journée ; ce dernier temps pourrait être effectué par un autre métier.

Les 4,2% restants sont réservés au codage des actes infirmiers valorisés, puisqu'il s'agit de pansements codés Acte Médico-Infirmier, AMI 4, le plus souvent. Par contre, il n'y a pas de temps consacré à la consultation infirmière d'information d'une hospitalisation, et pour cause, cette activité est réalisée par la secrétaire. Parfois, l'infirmière propose son aide à la secrétaire pour réaliser cette activité, mais certaines refusent prétextant que ce sont leurs missions, d'autres acceptent mais vérifient auprès du patient ce qui a été dit par l'infirmière, donc il n'y a aucun gain de temps et cela engendre **des tensions**.

Il arrive aussi très régulièrement que ce soit la secrétaire qui installe un patient dépendant en salle de consultation du chirurgien, ou qui l'accompagne aux toilettes ; avec pour conséquence **une prise de retard considérable dans les frappes de courrier de consultation et l'envoi**

vers les médecins traitants. Mais aussi **un mal-être important des secrétaires, audité** en janvier 2017, dont les résultats nous ont été présentés en février 2018.

Dans cette spécialité, les infirmières sont plus centrées sur une partie de leur cœur de métier, la réfection des pansements, cependant toute la partie relative à la coordination et information leur a été retirées.

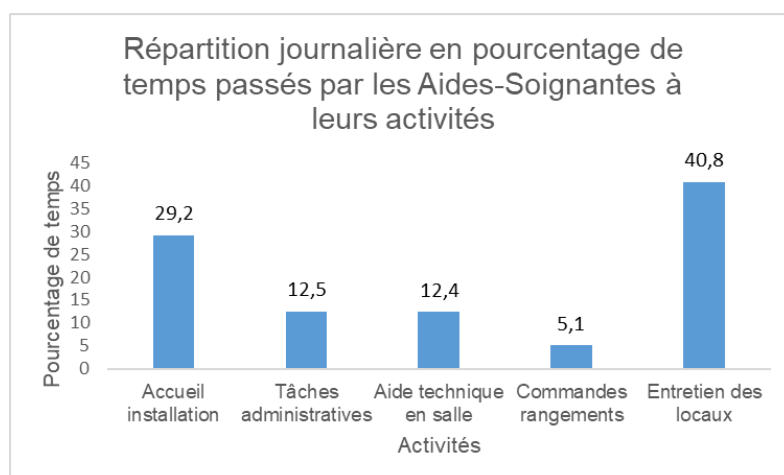
Les préconisations :

Il serait donc judicieux de retravailler sur les **missions à réaliser, les compétences nécessaires, allouer les bons métiers aux bonnes activités et développer la coopération entre les différents métiers**, pour sécuriser les prises en soin et permettre aux professionnels de retrouver de **la satisfaction au travail et à travailler ensemble**. C'est aussi réorganiser la consultation pansement pour lui donner plus de souplesse, plus de fluidité et plus d'autonomie à l'infirmière.

En chirurgie urologique :

Dans cette spécialité, à l'effectif infirmier, se rajoute 2 ETP aides-soignants. L'organisation du travail s'articule autour de collaboration entre l'infirmière, l'aide-soignante et la secrétaire.

Les Aides-soignantes



Les activités :

Comme le montre ce schéma, l'activité des aides-soignantes se concentrent autour de cinq **grands domaines** que sont **l'entretien des locaux (40,8%), l'accueil et l'installation des patients et/ou famille (29,2%), l'aide technique (12,4%), les tâches administratives (12,5%) et la réalisation des commandes et rangements de celles-ci (5,1%)**. Pour les aides-soignantes, l'aide technique est variée ; cela peut-être la réalisation de bandelette urinaire, l'accompagnement et explication du patient pour la réalisation d'une débitmétrie, la réalisation ou l'explication de la toilette génito-anale avant un geste invasif et va même jusqu'à servir le chirurgien pour la réalisation d'une fibroscopie vésicale ou l'ablation d'une sonde double « J ».

Dans l'entretien des locaux, outre l'hygiène de la salle de consultation entre deux patients et l'entretien du matériel utilisé lors de la consultation, l'aide-soignante assure, chaque matin et soir, **le traitement du fibroscope**, selon un protocole établi avec l'Equipe Hospitalière de Lutte contre les Infections Associées aux Soins, EHLIAS. Cette activité est réalisée à un endroit

différent de la consultation, puisque celle-ci impose une salle de décontamination avec des flux, dont nous ne disposons pas en consultation d'urologie. Il est donc nécessaire pour les aides-soignantes de se rendre en consultation d'ORL, située 2 étages au-dessus, avec des horaires imposés, pour ne pas désorganiser cette consultation, ce qui impose un horaire de travail du matin relativement tôt, mais non adapté à la consultation d'urologie.

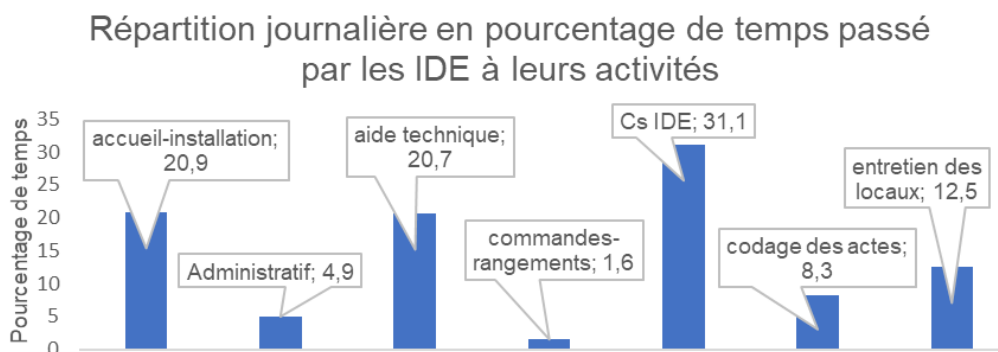
Les tâches administratives sont essentiellement des préparations de dossiers et l'acheminement de prélèvements au point chaud en attente du passage du coursier pour les transporter vers le laboratoire.

Dans ces activités, nous constatons que **les aides-soignantes réalisent des soins qui devraient plutôt être réalisés par une infirmière**, comme servir le praticien lors d'un acte invasif à savoir la réalisation d'une fibroscopie vésicale ou l'ablation d'une sonde double J ; même si dans le référentiel d'activité de l'aide-soignante (module 3), elle est formée à la préparation de matériel stérile, **elle n'est pas habilitée à purger des tubulures avec une poche à perfusion via le fibroscope**, tel est le procédé de cette activité. De même, il lui arrive de **réaliser une anesthésie par instillation de gel anesthésiant au niveau du méat urinaire**, ce qui ne relève absolument pas de ses compétences, puisqu'il s'agit de l'administration d'un produit médicamenteux justifiant uniquement une compétence infirmière (article R.4311-7 du Code de la Santé Publique, issu de la codification du décret dit de « compétence infirmière » n° 2002-194 du 11 février 2002).

Les préconisations :

Il est indispensable de **supprimer les glissements de tâches** et identifier la cartographie des compétences. Il sera nécessaire de réfléchir à l'organisation de travail et au concept de coopération.

Les Infirmières



Leurs activités :

51,8% des activités infirmières se concentrent, à la fois, **sur la consultation infirmière (31,1%) et l'aide technique en salle auprès du chirurgien (20,7%)**. La consultation infirmière regroupe à la fois les consultations préopératoires pour 2/3 et les consultations post-annonce infirmière pour le 1/3 restant.

Quant à l'aide technique, elles interviennent surtout dans l'aide aux chirurgiens pour la réalisation de fibroscopie uréthro-vésicale, d'échographie, d'ablation de sonde urétrale, de changement de sonde d'urétrostomie, de pose de cathéter intravésical ou de pose de sonde urinaire.

Elles consacrent également 20,9% de leur temps à l'accueil et l'installation des patients en salle avant l'arrivée du chirurgien, moment utilisé pour vérifier l'identité du patient et son traitement personnel.

12,5% du temps est consacré à l'entretien des locaux, à la fois entre chaque patient et en fin de journée. Elles donnent 4,9% de leur temps aux tâches administratives que sont la préparation de dossier papier, la traçabilité d'information ou recherche d'information sur informatique ou dépannage informatique, mais aussi l'acheminement des bilans sanguins vers le « point chaud ».

Elles passent 8,3% de leur temps à réaliser le codage des actes réalisés. Il reste 1,6% de leur temps réservé aux différentes commandes réalisées sur l'outil informatique pharma et leur rangement.

Globalement **60,1% du temps infirmier est consacré aux activités relevant des compétences infirmières**. Le reste du temps (39,9%) ne justifie pas exclusivement une compétence infirmière. A ce jour, sur cette spécialité, **les infirmières travaillent avec les aides-soignantes, mais parfois la frontière entre les compétences n'est pas très claire**. Une grande partie de l'aide technique auxquelles participent les aides-soignantes pourraient être redonnées aux infirmières. La seule problématique est liée au fait que lorsqu'elle réalise sa consultation infirmière dans son propre bureau, au décours de la consultation avec le chirurgien, les consultations, elles, continuent sur les deux salles, justifiant souvent une aide technique, ce pourquoi l'aide-soignante assiste le chirurgien

Les préconisations :

Il serait donc nécessaire de revoir **l'organisation de travail** pour permettre d'avoir **un temps infirmier dédié et organisé aux gestes techniques**, un autre temps à **l'information** aux patients, et un dernier temps à **la réalisation, à distance, de la consultation d'annonce infirmière** ; effectivement à ce jour, cette dernière est réalisée immédiatement après l'annonce médicale. Par ailleurs, peut-être serait-il judicieux de mener **une réflexion sur la mutualisation des compétences** avec le secteur de digestif-plastique, vasculaire-thoracique et orthopédique. Il faudrait également se poser la question de l'entretien des locaux. A ce jour, elle est réalisée à la fois par l'infirmière et l'aide-soignante en fin de journée, mais peut-être serait-il possible d'externaliser une partie de cette mission et d'en évaluer le rapport bénéfice/coût.

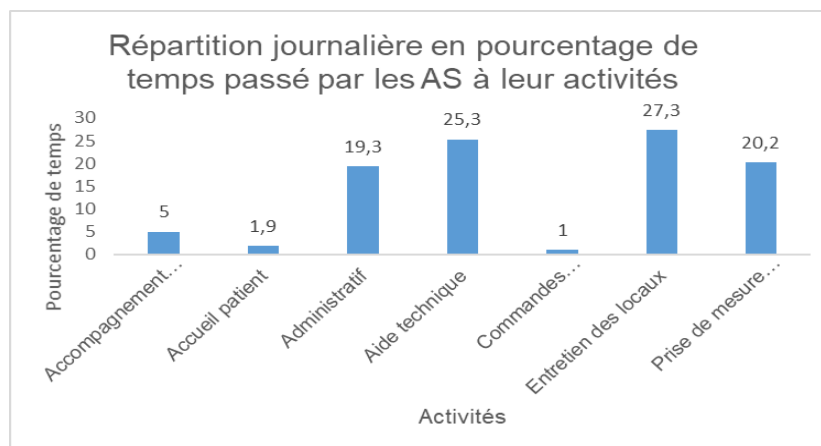
En ophtalmologie :

Dans cette spécialité, nous disposons **d'un ETP aide-soignant**, insuffisant pour assurer un fonctionnement en autonomie, ce pourquoi les aides-soignantes d'urologie interviennent à hauteur de 0,2 ETP pour assurer le remplacement depuis quelques semaines, et ainsi, maintenir la continuité des soins. Ce remplacement organisé et anticipé, a justifié un temps de formation-action sur le terrain, pour favoriser l'acquisition des compétences attendues.

Le poste d'aide-soignant a été créé en mars 2017, pour aider, l'infirmière d'Accueil et d'Orientation, IAO, à l'accueil des patients (car le volume est très important), l'infirmière à la prise des mesures, et l'accompagnement des patients à mobilité réduite pour leur mobilisation ou les accompagner aux toilettes ou encore effectuer des soins d'hygiène chez des patients dépendants souillés, et aussi pour diminuer le temps passé par les infirmières à l'entretien des locaux et du matériel le soir.

Elle prépare également les patients avant les IVT : cette création de poste a permis de multiplier par deux le nombre de patients pris en charge et ainsi, diminuer le délai de programmation.

Les Aides-soignantes



Les activités :

Globalement, l'aide-soignante réalise une partie de son activité à **l'entretien des locaux** (27,3%), celle-ci s'effectuant en fin de journée avec l'entretien des nombreuses salles décrites précédemment.

Le deuxième poste pour lequel elle passe du temps, est **l'aide technique comme la préparation des patients aux IVT** à hauteur de 25,3% puis **la prise de mesure avant les consultations avec le chirurgien** (20,2%).

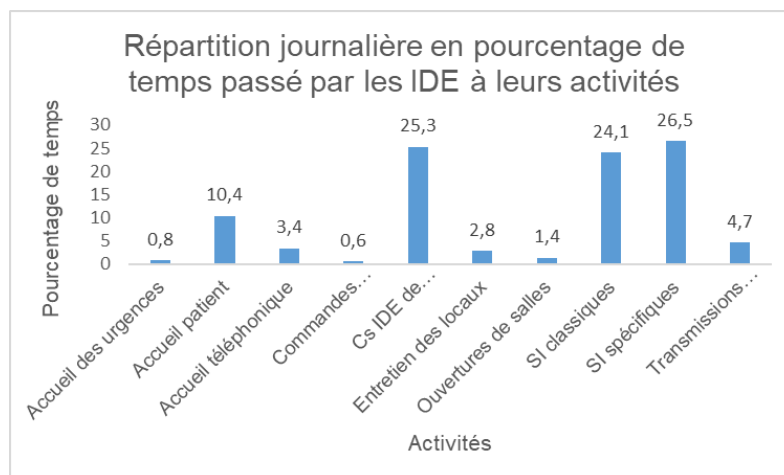
Le reste de son temps est réparti entre des **tâches administratives** comme la préparation de dossier papier (19,3%), **l'accompagnement des patients aux toilettes ou vers les services d'hospitalisation** à hauteur de 5%, **l'accueil de patient** avant une consultation avec le chirurgien (1,9%) et **les commandes et rangements** diverses à hauteur de 1%.

Dans cette spécialité, l'aide-soignante réalise des tâches spécifiques en lien avec une formation action reçue en activité.

Les préconisations :

Dans cette situation, pour optimiser la présence de l'aide-soignante en consultation d'ophtalmologie, il serait souhaitable de **retravailler sur les activités administratives** en les redonnant à un autre métier, ce qui permettrait de lui libérer plus de temps à la prise des mesures et fluidifierait ainsi, encore plus la file active de patients consultant en ophtalmologie. Par ailleurs, je pense qu'il serait intéressant de faire une étude de coût sur l'externalisation du ménage, particulièrement l'entretien des différents locaux le soir, en fin de consultation. Ce temps pourrait permettre **d'optimiser encore l'activité IVT**, ou le besoin est croissant.

Les Infirmières:



Les activités :

L'analyse de l'activité des infirmières met en avant trois postes principaux.

Le premier se caractérise par les **soins infirmiers** à hauteur de 80,6 % comprenant les consultations infirmières de programmation telles que les blocs chirurgicaux ou les IVT (25,3%), les soins infirmiers classiques tels que les pansements, ablation de fils, agrafes, prise de mesure, biométrie, dilatation oculaire (24,1%), les soins infirmiers spécifiques tels que l'aide technique aux gestes chirurgicaux : IVT, biopsie ou angiographie (26,5%) et les transmissions (4,7%).

Le second poste s'articule autour de **l'accueil physique et l'orientation des patients programmés et urgents ainsi que l'accueil téléphonique** (14,6%).

Le dernier poste occupe 4,8% du temps restant reprenant **les commandes et rangements divers, l'entretien des différentes salles et le temps d'ouverture et fermeture du service.**

En moyenne, 133 patients sont pris en charge chaque jour en ophtalmologie avec des pics à 220 patients, certains jours, ce qui représente **une prise en soin toutes les 3min 50 par l'infirmière**, sur le poste d'accueil, de prise de mesure et de biométrie.

Malgré une amélioration de l'organisation paramédicale, une **difficulté demeure** concernant la **consultation infirmière - programmation**. Effectivement, lors de cette activité, l'infirmière donne toutes les informations relatives à un geste opératoire comme dans les autres spécialités, donne le rendez-vous d'anesthésie mais le patient repart sans son dossier, car c'est la secrétaire, qui, le lendemain, va se saisir du dossier pour compléter l'activité de l'infirmière. Non seulement elle prévoit le rendez-vous de consultation post-opératoire, mais elle **revérifie tout ce que sa collègue infirmière a fait la veille**. Puis elle va envoyer l'ensemble du dossier au patient avec un rendez-vous post-op non choisi par l'usager. Trop souvent, elles sont rappelées pour modifier le rendez-vous donné, d'où une perte de temps et un coût important.

Les préconisations :

Dans cette spécialité, nous avons réorganisé le temps soignant infirmier pour qu'il soit au plus près de la compétence métier, mais nous pourrions l'optimiser encore en supprimant le temps passé par l'infirmière à l'entretien des locaux et les commandes diverses. Ainsi cette réorganisation permettrait **d'augmenter le nombre de vacations aux IVT**, de diminuer la liste

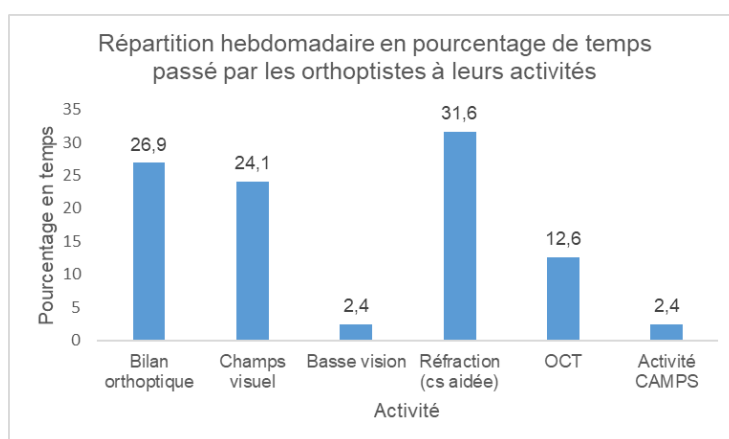
d'attente des patients, et faciliterait le rôle de l'infirmière de programmation, puisqu'elle aurait plus de « plages » à proposer aux patients

Nous pourrions également travailler sur le **développement des pratiques avancées notamment pour la réalisation des OCT**, examens servant à affiner le diagnostic médical, de plus en plus souvent réalisés, justifiant des compétences spécifiques et du temps. A ce jour, ils sont réalisés par une orthoptiste détachée tous les matins et un interne détaché tous les après-midis, mais largement insuffisant pour répondre aux besoins.

Il serait souhaitable de **réorganiser la consultation de programmation infirmière**, afin d'associer un **temps de secrétariat conjoint**, pour assurer une prise en charge globale, **complète et personnalisée du patient**. Ainsi, le temps destiné à la programmation d'une intervention chirurgicale, serait fait en temps réel, permettant un gain de temps, une plus grande satisfaction de l'utilisateur et le développement d'un travail collectif.

Les orthoptistes :

Pour réaliser cette analyse, je fais le choix de l'effectuer à partir de données sur une semaine puisque les activités sont identiques d'une semaine à l'autre.



Les activités :

Les orthoptistes font partie des paramédicaux avec des compétences spécifiques liées à leur métier. La répartition de leur activité a été récemment restructurée pour fluidifier la filière ophtalmologique et surtout répondre à la demande croissante de consultations sur le territoire sarthois. En effet, comme je l'ai dit dans la première partie, notre territoire connaît une forte pénurie d'ophtalmologistes et le CHM n'est pas en mesure de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de la population, d'autant plus, que nous drainons aussi les départements de la Mayenne et l'Orne.

31,6% du temps orthoptique est réservé **aux consultations aidées**, c'est-à-dire à la réalisation de consultations avec le patient, juste avant de voir l'ophtalmologiste, pour réaliser les différents examens et mesures en amont, afin de faciliter le travail du praticien, lui faire gagner du temps et permettre de voir plus de patients dans une journée. Effectivement, cette spécialité est très consommatrice d'examen multiples et donc de temps.

Elles réalisent également d'autres examens tels que **les bilans orthoptiques (26,9%)**, **des champs visuels (24,1%)** et **des OCT (12,6%)** pour aider le praticien au diagnostic, et assurer le suivi des pathologies dont souffre le patient.

Une des orthoptistes assurent **la basse vision** puisqu'elle dispose des compétences pour le faire, mais il s'agit d'une activité chronophage, qui n'attire pas beaucoup les orthoptistes, alors que la demande est importante et croissante avec l'arrivée des nouveaux praticiens.

De même, je constate **qu'il n'est pas fait de rééducation orthoptique, faute de temps, en dehors de quelques enfants connus de ce service, alors que la demande est importante sur le territoire.**

Quelle que soit l'activité réalisée, le temps minimum pour obtenir un rendez-vous avec l'orthoptiste est d'environ 3 mois, sachant que la ville est saturée.

Pour ce métier, j'ai réalisé un **projet chiffré d'optimisation des activités et des ressources humaines**. Il sera présenté en comité projet prochainement. Les objectifs que nous nous sommes fixés sont d'augmenter **le nombre de consultations aidées** pour optimiser notre offre de soins, **développer la filière « trouble du langage »**, projet médical commun avec le pôle femme mère enfant, libérer du temps médical pour la consultation en **réaffectant du temps orthoptiste à la réalisation des OCT**. Il vise aussi à **pérenniser et développer l'activité de basse vision et reprendre l'activité d'électrophysiologie** pour répondre aux besoins de la population. Il a pour ambition **d'augmenter le nombre de consultations aidées en pédiatrie**, véritable problème de santé publique pour optimiser les chances de récupération chez l'enfant de moins de 7 ans atteint d'une amblyopie. Je souhaite aussi **augmenter le nombre de plages de champ visuel** pour répondre à la forte demande sur notre territoire.

Les préconisations :

Il sera donc nécessaire dans cette spécialité de travailler sur la **coopération entre les infirmières, les orthoptistes et les secrétaires**, actuellement très fragiles.

Après avoir analysé l'ensemble des activités, et émis des recommandations, je vais décrire les différents processus organisationnels à partir du travail réel, ce qui permettra de mesurer l'écart avec l'organisation théorique décrite dans la partie 2.1.2 à la page 35.

2.2.2 Les processus organisationnels réels

Sur l'ensemble des six secteurs de consultations, nous constatons quatre typologies différentes d'organisation :

- Une organisation soignante identique sur les consultations externes de chirurgie orthopédique, digestive, plastique.
- Une organisation soignante propre aux consultations de chirurgie vasculaire.
- Une organisation soignante propre aux consultations d'urologie.
- Une organisation soignante unique aux consultations d'ophtalmologie.

En consultation orthopédique :

Le patient bénéficie d'un **1^{er} accueil administratif** au Service d'Accueil et de Facturation Externe, SAFE, service se situant à l'extérieur des consultations externes de chirurgie. Ensuite, il se dirige vers le service d'orthopédie, ou il profite **d'un 2^{ème} accueil** par la secrétaire, à qui, il remet sa feuille de circulation, puis **il est accompagné par l'infirmière** en salle 1 qui achemine en plus le dossier patient papier. Elle ouvre le dossier médical, note la date

manuellement, prépare les bons d'examens et consentement en fonction de l'intitulé de la consultation noté sur sa liste, aide le patient à se déshabiller si besoin et ressort de salle. Elle va donc installer le 2^{ème} patient en salle 2 et effectue exactement la même chose. Pendant que le chirurgien voit le patient en salle 1, elle va installer le 3^{ème} patient en salle de pansement, va faire les mêmes démarches administratives et prépare le matériel pour une injection. Pendant ce temps, le chirurgien passe en salle 2 pour voir son 2^{ème} patient. L'infirmière retourne voir son premier patient dans la salle 1, récupère les formulaires et consentement signés, informe le patient d'une éventuelle intervention chirurgicale, lui remet tous les documents, l'aide à se rhabiller si besoin, l'accompagne au secrétariat et transmet les informations orales à la secrétaire. Puis l'infirmière, avant que le chirurgien ne sorte d'avec son 2^{ème} patient, installe le 4^{ème} patient en salle et effectue les mêmes démarches. Ensuite elle va avec le patient 3, rejoint par le chirurgien pour le servir lors de l'injection. Elle finalise le pansement pendant que le chirurgien donne ses consignes et réalise les prescriptions si besoin. Puis elle réalise un ménage rapide de la salle. Elle se dirige vers le patient 2, récupère les formulaires et consentement signés, informe le patient d'une éventuelle intervention chirurgicale, lui remet tous les documents, l'aide à se rhabiller si besoin, l'accompagne au secrétariat et transmet les informations orales à la secrétaire. Puis elle installe le 5^{ème} patient en salle de consultation et le 6^{ème} patient pour l'injection. Elle retourne voir le 4^{ème} patient pendant que le chirurgien voit le 5^{ème}. Pour les consultations d'orthopédie, l'infirmière travaille avec le chirurgien sur trois 3 salles avec, en moyenne, une injection tous les 3 patients.

Le nombre moyen de patients vus chaque jour est de 70 sur une amplitude moyenne de 10h ce qui représente en théorie, un patient toutes les 7 minutes. Le professionnel infirmière court en permanence de salles en salles.

Quant aux gypsothérapeutes, ils doivent s'organiser pour, à la fois, répondre à la demande en consultation et satisfaire les besoins dans les services de soins. Il n'y a pas réellement d'organisation cadrée. Ils sont appelés à n'importe quel moment dans la journée, et réalisent les soins à partir, le plus souvent, d'une retranscription d'une prescription médicale (si tant est qu'elle soit faite) par l'infirmière d'hospitalisation.

En consultation de chirurgie digestive :

L'organisation est la même, si ce n'est que le chirurgien accompagné de l'infirmière travaille sur deux salles. Lorsqu'il y a des pansements, ils sont réalisés par l'infirmière au décours de la consultation dans la même salle, si le chirurgien accepte.

Chaque consultation regroupe une moyenne de 37 patients sur une amplitude d'ouverture de 8h, ce qui représente à peu près un patient toutes les 13 minutes. Il n'y a que très rarement de débordement sur cette spécialité.

En consultation de chirurgie plastique :

L'organisation est la même. Le nombre de patient vu, est moins important, car cette spécialité justifie plus de soins infirmiers.

Sur chacune des consultations une moyenne de 15 patients est vu, sur une amplitude de 3h00, ce qui représente un patient toutes les 12 minutes. Ce temps fluctue en fonction du type de patient, du motif de consultation. Les pansements de plastie sont réalisés par le chirurgien lui-même une demi-journée par semaine sans aide IDE, à sa demande.

En consultation de chirurgie vasculaire :

Les chirurgiens ont demandé en début d'année 2017, de consulter sans infirmière. Malgré tout, ils exigeaient une infirmière au pied levé pour la réalisation de pansement, ce qui

dans l'organisation n'était pas envisageable. Il avait donc été décidé, de laisser une infirmière, deux demi-journées par semaine, pour réaliser les pansements. De ce fait, **une consultation pansement a été ouverte** sur le logiciel de programmation des rendez-vous avec un maximum fixé à 10 patients par demi-journée, car il s'agit de pansements longs et complexes.

Le patient se présente au SAFE pour faire son accueil administratif. Il arrive au sein de la consultation externe de chirurgie vasculaire, il prend un ticket et va s'installer dans une première salle d'attente. La secrétaire de vasculaire l'appelle pour récupérer sa feuille de circulation et le renvoie dans une deuxième salle d'attente.

Lorsque le chirurgien est disponible, il accueille le patient en salle. L'infirmière n'intervient donc pas auprès de ce patient, même s'il y a une intervention chirurgicale à programmer.

Le chirurgien donne les informations aux patients, l'invite à se rendre auprès de la secrétaire référente (même si elle est occupée) et donne les consignes à la secrétaire pour qu'elle s'occupe immédiatement de son patient. **C'est donc la secrétaire qui assure toute l'information pré et post-opératoire auprès du patient, dans un guichet ouvert sur un couloir de grand passage.**

Environ 24 patients sont vus sur une amplitude de 8h00 d'ouverture, ce qui représente environ un patient toutes les 20 minutes. Le débordement sur ces consultations est chirurgical dépendant et souvent en lien avec un horaire de début de consultation différé par retard du chirurgien. Parfois le débordement peut être lié à des rajouts de patients hospitalisés.

En consultation d'urologie :

Le parcours patient est le même qu'en chirurgie digestive pour la partie administrative. Le matin à 7h30, **l'aide-soignante effectue le traitement des 2 fibroscopes** qu'elle dispose dans un champ stérile dans chacune des 2 salles de consultation. Puis, pendant le bain des fibroscopes, **elle prépare la salle de débitmétrie.**

L'infirmière arrive à 8h20, et lorsque le 1^{er} patient est arrivé en salle d'attente, l'une ou l'autre va l'accueillir (voire les deux) et l'accompagne en salle de consultation avec son dossier patient papier. **L'infirmière va vérifier son identité**, la raison qui motive la consultation et le traitement personnel du patient, pendant que l'aide-soignante l'aide à s'installer. L'infirmière peut être amenée à rester tout au long de la consultation avec le chirurgien, si elle doit l'assister pour effectuer un examen médical tel qu'une fibroscopie vésicale ou une échographie.

L'infirmière ou l'aide-soignante (voire les deux) va aider le patient à se déshabiller si besoin, réaliser la toilette génito-anale avant un examen invasif, lui expliquer le déroulement de l'examen, le rassurer et l'aider à se rhabiller si besoin. Si, au décours de cette consultation, le chirurgien décide de programmer une chirurgie à distance ou de l'hospitaliser, l'infirmière va accompagner le patient et sa famille dans le bureau infirmier pour réaliser une consultation infirmière.

S'il s'agit d'une hospitalisation, elle transmet les informations à la cellule d'ordonnancement des lits, ainsi qu'aux collègues du service d'hospitalisation qui prendront en charge ce patient. Lorsque le temps le lui permet, l'infirmière va installer un 2^{ème} patient dans la 2^{ème} salle de consultation, sinon c'est l'aide-soignante qui effectue cette activité.

En fin de consultation, l'aide-soignante intervient en salle pour ranger celle-ci et procéder à l'entretien des différents matériels utilisés. Il arrive que ce soit aussi l'infirmière qui le fasse si le patient n'a pas eu besoin de consultation infirmière. Très régulièrement, **l'infirmière et l'aide-soignante se retrouvent à deux pour réaliser la même activité.**

En fin de consultation, l'infirmière accompagne le patient en salle d'attente, puis elle va faire les transmissions auprès de sa collègue secrétaire sur les suites à donner, notamment s'il y a

des rendez-vous à prendre. Lorsque la secrétaire a finalisé sa consultation, elle appelle le patient pour lui donner les rendez-vous nécessaires et appeler l'ambulancier si besoin.

En moyenne, 44 patients sont vus par jour, sur une amplitude d'ouverture de 8h, ce qui représente un patient toutes les 12 minutes avec des consultations plus longues lorsqu'il y a un geste technique. Là encore, le taux de débordement reste faible et il est, avant tout chirurgical dépendant. Parfois, il peut être lié à l'ajout de patients vus dans le cadre d'une urgence, mais difficilement mesurable.

En ophtalmologie :

Le parcours du patient est un peu différent : **le patient fait son entrée administrative** au SAFE et se **rend directement auprès de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation**, IAO, mis en place récemment. L'objectif étant d'éviter un afflux de patient massif au secrétariat, entre les patients qui arrivent, ceux qui repartent et qui nécessitent un rendez-vous et les patients de l'extérieur qui viennent prendre un rendez-vous.

L'IAO accueille donc le patient et l'oriente vers sa collègue infirmière de prise de mesure et/ou de soins particuliers type dilatation oculaire, puis l'informe de la salle d'attente dans laquelle il devra se rendre. Chaque jour, l'après-midi, l'IAO effectue une répartition des différents boxs de consultations médicales pour fluidifier l'organisation.

Dans l'organisation, en plus de l'IAO qui arrive à 8h00 et qui a pour objectif jusqu'à 8h30 d'ouvrir toutes les salles, sont présentes **deux infirmières de 9h00/17h05**, destinées à **prendre en soin les patients ayant des pansements** en sortie de consultation pour l'une et l'activité **de consultation infirmière - programmation** pour l'autre. La quatrième infirmière arrive à 8h30 et assure **les prises de mesure et les dilatations**.

Lorsque le patient est vu par l'ophtalmologue, s'il nécessite une intervention chirurgicale, il le dirige vers l'infirmière de consultation information - programmation. S'il nécessite un pansement, il le dirige vers l'infirmière de pansement. Et, s'il justifie d'autres examens, nécessitant une dilatation supplémentaire, il le dirige vers l'infirmière de prise de mesure. Toutes ces informations sont consignées dans un logiciel « Ophtix » qui permet donc à chacune des infirmières de travailler en toute autonomie.

Si le patient nécessite un rendez-vous en sortie de consultation dans un délai inférieur à trois mois, le chirurgien le dirige vers la secrétaire, sinon il l'informe de rappeler à une période précise, car les agendas sont ouverts à trois mois maximum, ce qui n'est pas sans poser problème. Effectivement, **il suffit d'une matinée d'ouverture de la prise de rendez-vous téléphonique pour programmer trois mois de consultation**. Le taux de débordement est récurrent, car la plupart des chirurgiens cumulent des doubles voire triples listes de consultation.

Après toute cette analyse, je vais faire une synthèse des éléments principaux et les mettre en lien avec mes lectures pour ensuite déterminer le changement le plus approprié à organiser, ce qui je rappelle constituera la troisième étape de ma méthodologie.

2.2.3 La synthèse de l'analyse

Le constat général :

En dehors de l'ophtalmologie, spécialité que nous avons commencé à restructurer, **les infirmières ne sont pas suffisamment centrées sur leur cœur de métier**. Aussi, en chirurgie vasculaire, les infirmières ont une activité essentiellement centrée sur les

pansements depuis le changement subit, ce qui est le cœur du métier, mais il manque toute une partie d'activité que **se sont vues imposées les secrétaires**, qui elle, ont dû délaissier une partie de leurs activités générant beaucoup de **mal être et de conflits entre les équipes**.

Globalement, **les infirmières réalisent des activités qui pourraient être assurées par d'autres métiers, ce qui permettrait de les recentrer sur leurs missions, d'utiliser pleinement leurs compétences au service du patient, de la qualité et la sécurité des soins**. Mettre en adéquation les compétences des professionnels à l'activité à réaliser, permettrait de fluidifier les parcours du patient, de diminuer les temps d'attente parfois longs pour eux et de gagner en efficience, donc en coût. Mais cela impose de repenser totalement les organisations médicales et paramédicales, ancrées dans une histoire ancienne ou tout est fait pour faciliter l'activité du praticien avec parfois, **une dérive vers du maternage au détriment de la logique de compétences**. C'est ainsi, entre-autre, que certaines infirmières (les plus anciennes) pensent être reconnues aux yeux du praticien avec lequel elle travaille, et non pas en mettant en avant leurs compétences. Une infirmière me disait, « *ce matin, je n'ai fait que courir d'une salle à l'autre, nous avons vu 61 patients dont 21 injections réalisées mais je suis contente, car j'ai quand même pu remplir tous les bons d'exams pour le chirurgien, lui installer tous ces dossiers et il était content. Par contre, il a fallu que j'aie vite pour donner les explications aux patients pour les futures interventions, mais j'ai fait des petites pochettes pour les aider* ». Dans ce propos, elle met en avant sa satisfaction d'avoir facilité le travail du praticien sur des activités qui ne sont pas les siennes, par contre le temps consacré aux patients, cœur du métier, lui, est bafoué. Et pourtant, elle demande à être reconnue par ses compétences, ce qui pose la question du concept de compétences que nous définirons un peu plus loin dans ce travail.

Les processus organisationnels :

L'analyse des typologies organisationnelles, nous a permis de décrire **quatre organisations différentes**, présentes au sein des consultations externes de chirurgie en fonction du lieu et des spécialités, alors que **bon nombre d'activités soignantes sont communes aux multiples spécialités**.

Les activités communes des professionnelles :

Pour les infirmières, les activités communes sont la **réalisation des pansements simples, l'accueil, l'installation et l'orientation des patients, l'entretien des locaux, les prélèvements sanguins, les tâches administratives, la toilette génito-anale et les transmissions**.

Pour les aides-soignantes, il s'agit de l'accueil et l'installation du patient, l'entretien des locaux et des matériels, le rangement des commandes, la collaboration avec l'infirmière lors de gestes techniques en salle de consultation.

Les activités spécifiques des professionnelles :

En ce qui concerne **les activités spécifiques infirmières**, les professionnelles énoncent **la réfraction, la biométrie, les prélèvements sur plaie, les pansements spécifiques** (vasculaire, brûlures, escarres, ablation et pose de sonde vésicale), **l'aide aux biopsies et injections, les consultations infirmières** (de programmation, d'information et filière rapide). Ces activités supposent un temps de formation sur le terrain, car « *le développement des compétences se fait en situation de travail et qu'une compétence se développe lorsqu'on s'en sert mais qu'à contrario elle s'atrophie*²⁹ ». ».

²⁹ Marchand X. « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 24 novembre 2017].

Pour les aides-soignantes, en ophtalmologie, les activités de **prise de mesure et de préparation des patients aux IVT**, sont spécifiques à cette spécialité.

Quant à l'urologie, la spécificité des activités aides-soignantes réside dans la réalisation **des débitmétries et le traitement du fibroscope**.

Le questionnement :

Qu'est-ce qui justifie que les organisations paramédicales soient différentes d'une spécialité à une autre pour réaliser une grande partie d'activités communes ? **La réflexion sur le cœur de métier et l'harmonisation des organisations pourraient-elle répondre à l'optimisation des prises en soin ?** Et donc favoriser l'efficacité des consultations ? Mais aussi développer des projets partagés pour valoriser les professionnels de santé ? Et ainsi, permettre à chacun de retrouver de la satisfaction au travail et de développer un réel collectif de travail ?

Le point de vue des équipes :

Les entretiens réalisés auprès de l'ensemble des professionnels, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, dont les résultats se trouvent en Annexe 12, 13 et 14, m'ont permis d'avoir un premier regard sur les organisations de travail avec un œil différent qu'on soit soignant ou chirurgien. Ces entretiens ont aussi été l'occasion d'aborder le projet de déménagement vers le nouveau bâtiment. Là encore, les réponses furent différentes qu'il s'agisse des praticiens ou des soignants.

Les chirurgiens :

Le praticien veut surtout conserver ce qu'il a, à savoir une organisation paramédicale adaptée et adaptable à son présentisme et son activité, mais aussi conserver le même nombre de professionnels qu'aujourd'hui. Pour 1 des 5 chirurgiens, responsable des consultations, rencontré, tout va bien. Lorsqu'on aborde les débordements en consultations, les difficultés pour eux comme pour les soignants d'aller se restaurer, le temps très réduit pour voir un patient, le temps donné par patient pour une information préopératoire, **il reste fataliste** et renvoie la demande importante de consultations avec des listes d'attente pouvant atteindre 2 à 3 mois minimum.

Au cours d'autres rencontres avec d'autres praticiens, **j'ai pris conscience des craintes, inquiétudes et parfois même de la colère pour certains d'entre eux, les plus « anciens »**, face à ce projet ARC, pouvant aller jusqu'à l'idée que celui-ci n'irait pas à son terme et que de toute façon ils n'y contribueraient pas. **Leurs craintes tournent autour de 3 axes que sont l'impact sur leurs organisations médicales, les effectifs des professionnels paramédicaux et l'inquiétude quant à leurs possibilités de développer leurs activités** dans des locaux qui, selon eux, seront plus petits en surface, moins fonctionnels et inadaptés à une projection de l'activité d'ici 2019, puisque, comme nous l'avons dit précédemment, chaque année, les objectifs d'augmentation de l'activité sont de 6%. Malgré tout, les 4/5ème des responsables des consultations évoquent la nécessité de *« refondre l'ensemble des organisations pour les rendre plus efficaces et que chacun retrouve sa place »*.

Les soignants :

Le soignant, lui, met l'accent sur trois domaines que sont l'activité, la collaboration et le besoin de reconnaissance.

Concernant l'activité, certaines infirmières expriment des difficultés **en orthopédie** avec des **longues amplitudes de travail**, notamment avec certains chirurgiens avec lesquelles les journées peuvent se terminer à 22h30 et ayant pourtant débutées à 10h30. A cela se rajoute le nombre important de patients pris en soin donnant l'impression de **faire du travail à la chaîne**.

En chirurgie vasculaire, les infirmières évoquent des difficultés face à des **pansements très lourds, longs et difficiles** et **une relation aux praticiens compliquée**. Effectivement, comme nous l'avons précisé précédemment, en début d'année 2017, les chirurgiens ont demandé a consulté seul dans leur salle sans « *avoir les infirmières dans leurs pattes* » et qu'ils n'avaient « *besoin d'elle que pour les pansements* ». Les infirmières ont donc eu la sensation d'être rejetées. Pour assurer une prise en charge des patients, une consultation pansement a été mis en place, mais dans un contexte relationnel compliqué ne permettant pas aux infirmières de se réapproprier cette organisation, qui aurait, pu contribuer à leur reconnaissance par leurs compétences. L'infirmière ayant l'impression d'être « la petite main » devant répondre au coup par coup à la demande du chirurgien. Pourtant, lorsque j'ai interrogé les chirurgiens, la plupart d'entre eux voient les choses différemment ; ils disent que la « *reconnaissance passe par les capacités des infirmières à réaliser des soins en lien avec leurs compétences et non à faire du présentéisme dans nos salles* ». On voit dans cet exemple, que la communication autour d'un projet de restructuration, a toute sa place et qu'il est nécessaire d'expliquer les choses pour donner du sens aux actions et de travailler ensemble pour construire une organisation qui fonctionne et qui soit pérenne, mais que cela impose d'identifier les besoins professionnels et non personnels.

En chirurgie digestive, les professionnels de santé expriment plutôt des **difficultés d'ordre psychologique en lien avec la cancérologie**, elles disent qu'elles ne se sentent pas à l'aise pour « *aborder la pathologie carcinologique* » mais aussi qu'elles ont peu de temps à consacrer aux patients pour les informer d'une éventuelle chirurgie.

En ophtalmologie, les soignants évoquent les activités soutenues avec de **nombreux patients vus par jour**, sans parler des urgences, des rajouts de consultations, **un manque de communication entre les différents paramédicaux**, secrétaires et orthoptistes et une **absence de coopération** entre les différents métiers. Elles disent avoir « *la sensation d'une scission dans les prises en soin* ».

En urologie, les professionnels de santé expriment également **la désorganisation soignante provoquée par la désorganisation médicale** (retard de praticien à la consultation, rajout incessant de patients au pied levé, non-respect des plages organisées sur l'outil de planification informatique). Elles évoquent également **l'insatisfaction pour elles de réaliser les consultations infirmières d'annonce au décours de la consultation d'annonce diagnostique et thérapeutique avec le chirurgien**, car le patient n'est plus dans l'écoute.

Dans le domaine de la collaboration, quelle que soit la spécialité, les professionnels sont tous unanimes pour dire qu'**elle n'est pas suffisamment présente, qu'elle est individu dépendant**, qu'il n'y a **pas réellement d'esprit d'équipe**. Ils sont très demandeurs de rencontres pour échanger sur de nombreux sujets et notamment sur la façon dont chacun réalise ses activités avec des temps différents pour un même résultat. **Ils demandent aussi à travailler sur des projets communs**. La collaboration interprofessionnelle repose sur une action collective visant à coordonner les actions auprès des patients et de leur entourage. Mais ce travail en collaboration implique une communication entre les différents professionnels ainsi qu'un apprentissage collectif, ce qui n'est pas visible ni ressenti sur la consultation aujourd'hui.

L'ensemble des soignants ont tous mis en avant le besoin fort de reconnaissance pour maintenir leur satisfaction au travail. « *Tous les courants sociologiques nous enseignent que la valeur fondamentale de l'homme au travail se situe moins, comme on le pense souvent, au*

niveau de la rémunération que dans la reconnaissance professionnelle³⁰ ». **La reconnaissance au travail concoure à l'appartenance à un groupe et permet de valoriser la singularité.** Le philosophe américain et professeur de management, Frédérick Irving Herzberg, a déterminé cinq facteurs de satisfaction au travail parmi lesquels on trouve la reconnaissance. Elle est, selon Bourcier et Palobart, deux auteurs qui ont travaillé sur le concept de la reconnaissance, une source de motivation. D'après Estelle Morin, professeure titulaire à HEC Montréal en psychologie appliquée au management et au développement organisationnel³¹, elle donne du sens au travail. Les soignants, qu'ils soient infirmiers, aides-soignants ou secrétaires, exerçant au sein des consultations, expriment tous un sentiment très fort d'appartenance non pas à l'institution, mais à un secteur d'activité voire une spécialité ; d'ailleurs, Jean Abbad explique qu'« *en réponse au reproche de balkanisation dont souffre l'hôpital, l'objectif est d'introduire l'idée d'une appartenance à une même collectivité centrée sur le malade*³² » pour créer un groupe, une entité dans laquelle chacun a le sentiment d'exister. La reconnaissance, c'est **l'estime de soi**, c'est-à-dire la conscience de la valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est aussi un ensemble d'attitudes et de croyances qui permettent de faire face à différentes situations.

L'estime de soi se nourrit du sentiment d'être compétent, qui en consultation, est aussi renvoyé par la confiance accordée par le médecin aux soignants, experts des activités relatives à sa spécialité. Pour comprendre ce besoin d'estime de soi étroitement lié à la notion d'appartenance, on peut se référer à la pyramide de Maslow. Celle-ci nous montre que pour permettre à un professionnel d'atteindre le besoin d'estime de soi, il doit avoir atteint les trois besoins précédents que sont les besoins physiologiques, le besoin de protection et de sécurité et le besoin d'appartenance. Et dès lors qu'un besoin se trouve menacé, la réalisation du suivant l'est également. D'où l'intérêt d'en tenir compte dans tout changement organisationnel. Selon Jean-Pierre Brun, professeur à la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval et Ninon Dugas³³, psychologue et professionnelle de recherche à la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval au Canada, il existe **quatre approches de la reconnaissance au travail** : une **approche éthique**, une **conception humaniste et existentielle**, l'école de la « **psychodynamique** » du travail et l'**approche comportementale**. Une approche éthique dans le sens où la reconnaissance est une « *question de dignité humaine, de justice sociale, et non uniquement un enjeu de performance organisationnelle* », ce qui signifie que le **professionnel est considéré non pas comme un moyen, mais comme un individu à part entière** contribuant à la productivité. La conception humaniste et existentielle repose sur « *une confiance fondamentale en l'humain ainsi que sur son potentiel* », ainsi le **professionnel est reconnu porteur d'une intelligence et d'une expertise** au service d'une entreprise ; c'est la reconnaissance de sa pratique dans le travail. La psychodynamique du travail s'intéresse « *au vécu subjectif des personnes en situation de travail ainsi qu'aux stratégies individuelles et collectives de défense qu'elles déploient pour préserver leur équilibre psychique dans des conditions de travail déstabilisantes* », il s'agit donc de **la reconnaissance du travail réel et pas seulement prescrit** mais aussi, la mise en lumière de la contribution du professionnel à la réalisation d'une ou plusieurs activités ; c'est **la reconnaissance de son investissement**. L'approche comportementale souligne que « *le comportement humain est contrôlé par ses conséquences et il s'inscrit dans une logique contribution-rétribution* » ; dans ce cadre il s'agit d'une reconnaissance basée sur les résultats qui lui confère **un sentiment d'utilité, d'efficacité et de valeur du travail accompli**. Aujourd'hui, le professionnel de la consultation souhaite bénéficier d'une reconnaissance globale, pas seulement par quelqu'un, mais une reconnaissance de leur métier, leurs compétences acquises. « *Le professionnalisme est un élément clé de la reconnaissance. Au travail, il ne suffit pas d'être reconnu par quelqu'un. Encore faut-il se reconnaître dans quelque*

³⁰ Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.55.

³¹ Morin E, Gagné C, Cherré B. Donner un sens au travail - Promouvoir le bien-être psychologique [2009] ; Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité au Travail (IRSST), Rapport scientifiques ; Disponible : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-624.pdf>.

³² Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.115.

³³ Brun J-P, Dugas N. Revue Gestion. Dossier « La mobilisation des ressources humaines ». Volume 30. HEC Montréal. Été 2005 ; page 79 à 88 ; [Consulté le 08 décembre 2017].

chose : une histoire commune, un produit, une technique, un langage, une marque, un métier, une trajectoire. Sans ce < quelque chose > qui donne un minimum de fierté, il est bien difficile d'« être quelqu'un³⁴ ». **C'est ce que toute cette réflexion sur nos organisations doit permettre d'apporter aux professionnels : la fierté de ce qu'ils font, de ce qu'ils sont.**

Vers le changement :

L'ensemble des professionnels de santé disent tous avoir conscience que leur « *organisation est arrivée à son terme* », qu'il est nécessaire de « *construire un modèle nouveau, différent* », basé sur la reconnaissance de leurs « *capacités, compétences, professionnalisation, évolution* » au service du patient, mais **sans tomber dans l'intensification extrême du travail, qui serait pour eux un « non-sens », et contraire aux valeurs « humanistes » du soignant.** Ils disent tous avoir envie de travailler autour de ce projet de restructuration, même si pour certains d'entre eux, cela pouvait se faire dans les locaux actuels puisque selon eux, leur surface de travail ne sera pas plus importante. Le seul bénéfice qu'ils voient, à ce jour, à ce nouveau bâtiment, est de « *rassembler l'ensemble des services de consultation au même endroit pour faciliter le parcours du patient, qu'ils assimilent aujourd'hui à un véritable « parcours du combattant* ».

Le dynamisme des soignants et leur volonté seront pour moi une force pour accompagner le projet mais aussi pour emmener et fédérer les praticiens autour de ce projet. Malgré tout, certains professionnels évoquent, **une crainte importante concernant leur maintien ou non sur leur poste en consultation.** Les professionnelles infirmières, présentes depuis plus de 8 ans dans ces secteurs, évoquent leurs inquiétudes quant à un risque potentiel de devoir changer de service et leur sentiment de ne pas s'en sentir capables.

Les professionnelles avec une ancienneté moins importante (inférieure à 6 ans) expriment une satisfaction au renouveau, leur permettant ainsi de « *réinterroger des pratiques existantes depuis des années sans y trouver réellement de sens, mais de faire comme on le leur a appris, par automatisation, mimétisme* ». Alors qu'une compétence se construit et s'évalue. Etre compétent, c'est maîtriser un ensemble de situations professionnelles constitutives de son métier. Ces professionnelles, en quête de renouveau, sont d'ailleurs force de proposition d'amélioration, et mettent en avant un **désir de modifier leurs organisations pour ne pas s'épuiser et garder leur motivation et plaisir au travail.**

Les différents entretiens menés, les grilles d'observation réalisées et l'analyse des activités spécialité par spécialité effectuée m'ont permis d'atteindre la troisième étape de la méthodologie choisie, à savoir **l'identification du changement à opérer.** Effectivement, tous les éléments me permettent de comprendre que **l'organisation, aujourd'hui, ne satisfait plus les professionnels paramédicaux et médicaux (à quelques exceptions), ne répond pas totalement aux besoins des patients et crée du mal-être, des tensions au sein des équipes empêchant la coopération et la création d'un collectif de travail.**

Les infirmières insistent sur leur souhait **d'être reconnue par leurs compétences** et ne « *plus servir de petite main* », comme elles le disent si souvent.

Les praticiens, eux, souhaitent une **organisation plus efficiente, plus fluide avec plus de collaboration.**

Les secrétaires médicales expriment **leur souffrance** quant à leur incapacité à réaliser l'ensemble des activités dont certaines ne relèvent pas forcément de leurs compétences. Effectivement, comme nous l'avons vu dans l'analyse des activités, en chirurgie vasculaire, elles réalisent de l'information pré et post-opératoire au patient, à guichet ouvert, avec des informations transmises, parfois erronées, tout en sachant qu'elles n'arrivent plus à assurer la frappe des courriers de consultation.

³⁴ Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Editions Armand Colin. 2014, 2017 ; p.135.

A cela se rajoute le fait, qu'en dehors de l'ophtalmologie, **seulement 56% du temps infirmier est utilisé pour réaliser des activités** relevant uniquement de la compétence infirmière, car elles réalisent des activités qui ne justifient pas une compétence infirmière, et qu'à contrario, certaines activités justifiant une compétence infirmière ne sont pas faites (faute de temps), mal faites ou faites par d'autres métiers dont ce n'est pas la compétence.

J'ai donc réorienté mon projet managérial, qui, je le rappelle, était de développer la consultation d'annonce infirmière en chirurgie digestive. Je n'abandonne pas l'idée de ce projet, car il est nécessaire, mais il est primordial de **restructurer cette organisation si je veux que cette nouvelle activité soit, à la fois, pérenne, efficiente et face sens pour les professionnelles.**

Une prise de conscience managériale :

Trop souvent, **les managers ont tendance à rajouter de nouvelles activités sans interroger les organisations existantes**, pouvant être à l'origine d'**essoufflement** des équipes et mettre **en péril un équilibre**, parfois, déjà précaire. J'ai donc décidé de présenter, en réunion d'équipe médicale et paramédicale, les résultats de l'analyse des différents secteurs de consultation. Je partage l'avis de Jean Abbad, lorsqu'il dit qu'*« il y a efficience quand le projet d'établissement s'investit dans le sens d'une organisation repensée : déploiement de nouvelles énergies, conduite des hommes³⁵ »* ; c'est pourquoi, il me paraît essentiel de mobiliser les professionnels pour réfléchir ensemble à une organisation plus efficiente et valorisante, afin de donner du sens à nos futures actions. **Un projet partagé par l'ensemble du personnel est la formule clé du management participatif.** Il doit être cohérent, évolutif et créateur de sens et d'intérêt pour les professionnels, avec en plus, un sens de l'équité pour être source de motivation et de mobilisation de l'intelligence collective. Il faut redonner aux équipes une capacité à maîtriser l'organisation des soins par une analyse méthodique de leur mode de fonctionnement.

La décision :

J'ai donc fait le choix de travailler sur deux spécialités que sont la chirurgie digestive-plastique et vasculaire-thoracique, du fait d'une forte volonté médicale et paramédicale, ce qui me permet d'arriver à la quatrième phase de la méthodologie du projet, à savoir la formulation d'une solution, qui est **la réingénierie des organisations soignantes.**

2.3 La réingénierie des organisations

Le Reengineering a été introduit à la fin des années 80 par un consultant américain, Michael Hammer. Cette méthode de management est considérée par les spécialistes du management comme l'une des plus récentes méthodes. Elle se définit *« comme une remise en cause fondamentale et une redéfinition radicale des processus opérationnels pour obtenir des gains spectaculaires dans les performances critiques que constituent aujourd'hui les coûts, la qualité, le service et la rapidité³⁶ »*. Dans notre domaine d'étude, il s'agit à la fois de **réinterroger nos organisations pour les performer, et les confier aux bons professionnels pour apporter un service de qualité, répondant aux besoins des patients**

³⁵ Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.45.

³⁶ Hammer M, Champy J. Le Reengineering. Réinventer l'entreprise par une amélioration spectaculaire de ses performances. Editions Dunod. 1993 ; 247 pages ; p.42

et ainsi permettre aux professionnels de développer un collectif de travail pour aussi contribuer à retrouver une satisfaction au travail.

2.3.1 Le projet institutionnel

Mon projet managérial s'inscrit donc dans le projet d'établissement du CHM. Le but de celui-ci est d'opter pour de nouvelles organisations, plus adaptées et efficaces, dans des bâtiments plus modernes, pour mieux soigner. **Il s'articule, comme nous l'avons vu précédemment, autour de 3 leviers de performance** que sont le **regroupement des activités d'hôpitaux de jour, d'hospitalisation complète de médecine et de consultations**, pour supprimer l'aspect très pavillonnaire actuel et améliorer le parcours patient, **l'optimisation des ressources humaines et/ou matérielles** et **la centralisation de la logistique**. Ce projet d'établissement se décline en projet stratégique.

2.3.2 Le projet stratégique

Il se décline autour de deux volets que sont le médical et le soin auxquels le CHM a rajouté d'autres volets que sont le social, la recherche et l'enseignement, la qualité et prévention des risques, l'hôtellerie, la logistique, la santé publique, le développement durable, le système d'information, la performance et le schéma directeur patrimonial. A travers son projet stratégique, **le CHM se veut être un établissement accessible et attractif pour les patients afin de valoriser l'offre hospitalière**. Il souhaite renforcer la dynamique d'ouverture, d'écoute et de coopération avec les différents partenaires. Il veut faire évoluer l'offre du CHM dans certains secteurs clés dont l'ophtalmologie et la cancérologie. Il aspire à **simplifier et optimiser le parcours de soin du patient**, développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle en accélérant **le virage ambulatoire**, et contribuer au maintien ou au retour à domicile. Il envisage d'améliorer la pertinence des prescriptions, la qualité des soins et le bien-être des patients. Il espère développer l'innovation et les activités universitaires d'enseignement et de recherche. Il vise à recruter, fidéliser et **développer les compétences**. Il ambitionne d'améliorer l'environnement et la qualité de vie au travail et l'efficacité qualitative et économique. Il aimerait promouvoir la santé publique et le développement durable.

Le projet médical, de recherche et d'enseignement s'articule autour de la dynamique liée à l'activité pour développer l'institution (augmenter la part de l'ambulatoire, améliorer les taux d'occupation des lits, l'IPDMS, les taux d'utilisation des équipements), et **renforcer son positionnement territorial et concurrentiel**. C'est aussi optimiser l'articulation avec les différents partenaires d'amont et d'aval, en réduisant les entrées à l'hôpital par les urgences (développement de filières courtes, ordonnancement des lits..), en améliorant la filière gériatrique (développement de l'équipe mobile gériatrique), en optimisant la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques (éducation thérapeutique), en poursuivant l'effort autour de la pertinence de la prescription pour tendre vers le juste soin et en développant les activités universitaires d'enseignement et de recherche (collaboration avec les CHU, développement des liens avec l'université du Maine..).

Le projet de soin s'articule sur le **recentrage de chaque professionnel sur son cœur de métier** pour mieux utiliser les compétences de chacun et faciliter **le développement des expertises, afin de les valoriser**.

Le projet qualité et gestion des risques s'est construit autour de **la coordination** des prises en soins adaptées, sécurisées et au moindre risque (évaluation des pratiques professionnelles,

sécurisation du circuit médicament, démarche d'évaluation externes avec la certification et internes avec les mini-audits, patient traceur).

Le projet social a fixé les orientations en matière de gestion des ressources humaines en définissant des actions concrètes pour moderniser les relations sociales, **améliorer les conditions de travail et accompagner les parcours professionnels** (politique de mobilité, prévention des risques psycho-sociaux, cartographie des postes, politique de handicap, réflexion sur les rythmes de travail).

Le projet hôtelier s'articule autour des autres projets et il vise avant tout à améliorer **l'accueil** (plus d'accès aux chambres seules), le confort (adaptation du matériel à l'autonomie du patient), les services (blanchisserie, restauration...), l'hygiène (procédure d'entretien des locaux avec des équipes dédiées), et **la sécurité des patients** (sécurisation des bâtiments, accès à des coffres pour les biens...).

Le projet logistique et du système d'information oriente ses efforts pour développer **l'hôpital numérique**, en optimisant les moyens pour améliorer les prises en charge du patient avec le développement de la télémédecine, la messagerie sécurisée avec les médecins de ville, la prise de rendez-vous via internet.

Le projet de santé publique et de développement durable représente toute une réflexion autour de la performance énergétique (amélioration énergétique des nouvelles installations techniques), la réduction des déchets (renforcement du tri des déchets), et **les achats écoresponsables**.

Le projet performance s'articule autour de 3 grands axes que sont **la qualité, les organisations et l'économie**. Y sont inscrits 5 projets prioritaires que sont l'optimisation de la gestion des lits, la réorganisation des consultations externes, l'adaptation des effectifs à l'activité, l'amélioration de l'utilisation des équipements médicaux et l'accroissement des recettes d'activité par l'amélioration, entre autres, du codage.

Ainsi, le projet managérial trouve tout son sens dans chacun des projets constituant le projet d'établissement et particulièrement le projet de soin et le projet performance.

2.3.3 La commande de la Direction des soins

Le projet managérial s'inscrit également dans la commande institutionnelle qui est, de définir et mettre en œuvre une organisation des soins optimale, pour, à la fois, **faire de ce déménagement une réussite et performer les consultations externes** de chirurgie au service du parcours patient.

Aujourd'hui, comme nous l'avons vu précédemment, nous partons d'une architecture des services de consultations de chirurgie très disséminée, pour aller **vers une architecture centralisée** de ces mêmes services. Cela a nécessité d'analyser et d'interroger les organisations paramédicales existantes, pour poser un diagnostic organisationnel des différents services en question. Les managers ont parfois beaucoup de difficultés à faire fonctionner ce qui existe déjà, et hésitent à se lancer dans de nouvelles organisations aux contours incertains, pouvant entraîner de lourdes conséquences. Et pourtant, l'organisation des soins est **la responsabilité du cadre de santé et du cadre supérieur de santé**, et repose sur nos capacités managériales à répartir les activités en fonction des compétences du personnel. L'objectif consiste à **rendre les organisations soignantes plus efficaces pour satisfaire à l'activité, répondre aux besoins de la population tout en sécurisant les pratiques, maintenir la qualité de vie au travail et rendre ainsi l'établissement plus**

performant : la performance étant au service de la sécurité et qualité des prises en charge des patients comme le définit la loi du 24 avril 1996 dans son titre I et II.

Face à la transformation du CHM à venir, dans le cadre de ce nouveau projet, il est donc, de mon rôle, **de conduire ce changement**, en accord avec l'ensemble des directions, et particulièrement ma direction des soins, le cadre supérieur du plateau technique et les médecins chefs de service des spécialités concernées. Bien évidemment, il faudra concilier les intérêts de chacun, afin de **fédérer les différents acteurs de soins autour d'une nouvelle organisation**, respectant les exigences qualité et sécurité sans développer d'incertitudes ni de craintes.

Je partage l'avis de Crozier et Friedberg, lorsqu'ils disent que « le changement, c'est la transformation d'un système d'action³⁷ », et donc de tout un processus de fonctionnement. C'est ainsi, que nous envisageons avec les équipes, de définir une nouvelle organisation structurée et adaptée aux professionnels de santé.

Je vais donc aborder la démarche projet, qui consiste à mettre en œuvre la solution identifiée et travailler sur **des processus organisationnels remplaçant le professionnel sur son cœur de métier, pour développer de nouveaux projets comme la consultation d'annonce infirmière**.

3 Le professionnel sur son cœur de métier dans les services de chirurgie digestive et vasculaire

Les chefs de service des consultations de digestif et de vasculaire disent avoir conscience de la pénibilité des conditions de travail et de l'inquiétude, quant au développement de nouvelles filières, pourtant indispensables et nécessaires à la prise en soin qualitative des patients, avec l'organisation actuelle, et leur volonté de travailler autrement avec les paramédicaux. Ils montrent un engagement à travailler ensemble avec les soignants pour améliorer le service au patient, attitude corroborée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, ANAP, lorsqu'elle dit qu'il « *faut favoriser l'interdisciplinarité car c'est ensemble que l'on est créatif et constructif et qu'il est nécessaire de bénéficier d'un engagement du binôme médico-soignant, permettant d'évoluer vers la convergence médico-soignante*³⁸ ».

La réingénierie des organisations en consultation de chirurgie digestive et vasculaire, aura pour fil conducteur commun le développement de la consultation infirmière structurée, pour gagner, à la fois, en efficience mais aussi en satisfaction et valorisation du travail accompli. J'envisage donc de **développer une organisation apprenante**, avec le projet de modéliser cette organisation pour qu'elle soit adaptable aux autres spécialités. Bien évidemment, il sera nécessaire de réaliser une évaluation avec les équipes paramédicales et médicales pour effectuer les réajustements nécessaires avant le déploiement. L'organisation apprenante est « *une source d'efficacité parce qu'elle facilite l'implication des travailleurs dans leur travail*³⁹ », telle est la demande des professionnelles rencontrées lors des entretiens : « *travailler sur des projets communs qui fassent sens pour eux* ».

Avec l'ensemble des équipes médicales et soignantes, nous avons donc identifié **trois temps différents de consultations infirmières** que sont la **consultation d'annonce infirmière**, la

³⁷ Crozier M et Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Editions seuil. 1977 ; 436 pages ; p.334.

³⁸ ANAP. [Consulté le 08 novembre 2017]. Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/restitutions/detail/actualites/restitutions-2eme-cercle-transformations-organisationnelles-et-virage-ambulatoire-tova//06> octobre 2016. Paris

³⁹ Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Editions Armand Colin. 2014, 2017 ; p.112.

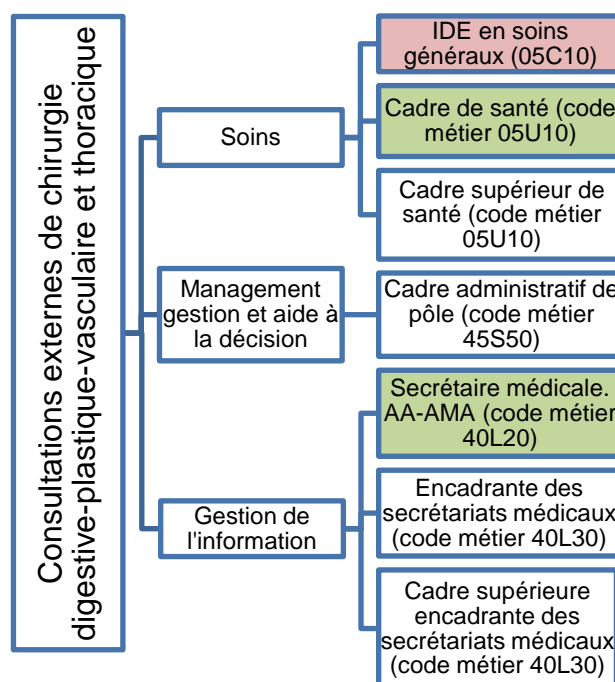
consultation infirmière de coordination et d'information et la consultation infirmière de pansement.

3.1 Le développement de la consultation infirmière

Pour élaborer ce projet, nous avons fait le choix de travailler avec les infirmières et secrétaires médicales exerçant à la consultation de chirurgie digestive et vasculaire.

Avant tout, j'ai élaboré **la cartographie des métiers**, par famille, sur ces deux secteurs d'activité. Celle-ci m'a permis d'inscrire le projet dans la dynamique de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, GPMC. Cette dernière constitue une composante au développement de la gestion des ressources humaines, et me permet d'anticiper les écarts entre les futurs besoins en compétences et les ressources disponibles. Elle permet aussi de détecter les emplois sensibles. Celle-ci est élaborée à partir du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Cette cartographie met en avant 3 grandes familles et sept métiers différents. Dans ces deux secteurs de consultations, comme nous l'avons vu dans la présentation des consultations, je n'ai pas de compétences aide-soignante.

La cartographie des métiers

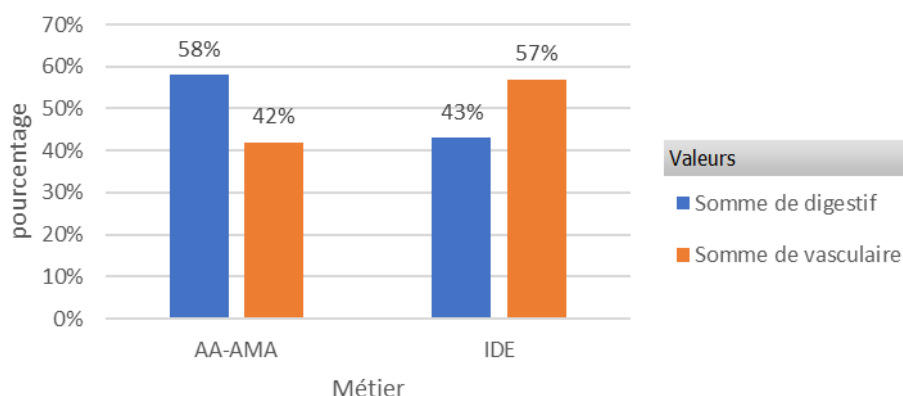


Légende : Métier à forte évolution de compétences

Métier avec des recrutements difficiles

Pour affiner cette cartographie, il me paraît important d'identifier la répartition des métiers par spécialité.

Répartition des métiers par spécialité



Comme le montre cet histogramme, **la proportion d’infirmières est plus importante en consultations externes de chirurgie vasculaire qu’en chirurgie digestive**. La tendance est **inversée pour les secrétaires médicales**. Cette répartition peut s’expliquer par une proportion de soins techniques infirmiers plus importante en chirurgie vasculaire qu’en chirurgie digestive. Par contre, le nombre de patients vus en chirurgie digestive et plastique, par vacation, est plus important et suscite des courriers plus longs, justifiant plus de postes de secrétaires. Aussi, certains chirurgiens vasculaires réalisent eux-mêmes leur courrier de sortie de consultation.

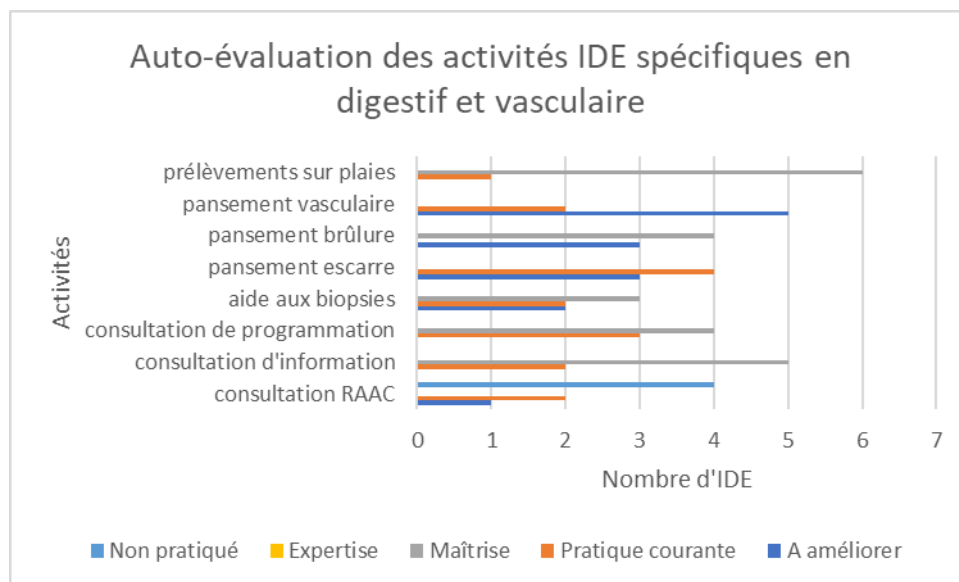
Une fois la cartographie des métiers réalisée, j’ai travaillé, avec les équipes, sur les compétences pour répondre au travail réel et pas seulement prescrit. Mais auparavant, j’ai amené les équipes à formaliser les situations clés, dites **situations prévalentes**. Il nous aura fallu une réunion et avons utilisé la méthode du métaplan.

3.1.1 La cartographie des compétences

Après avoir présenté les résultats des analyses et partager le diagnostic organisationnel avec les équipes concernées, la troisième période de la démarche projet s’est articulée autour de **la négociation des objectifs et des moyens**, comme présenté dans le Gantt en Annexe 15.

La première étape ayant consisté à définir les situations prévalentes, prémices à la formalisation de la cartographie des compétences. Mais auparavant, il m’est apparu nécessaire de réaliser une auto-évaluation des activités des professionnelles, en distinguant les activités spécifiques et communes, à l’aide d’une grille en Annexe 16. Elle a permis « *une prise de conscience par l’équipe de l’acceptabilité du principe pour développer un plan de compétences⁴⁰* ». Elle a aussi facilité **le renforcement de l’identité professionnelle** et ainsi leur a **redonner de la valeur**. Cette auto-évaluation réalisée, auprès de l’ensemble des professionnels travaillant à la consultation externe de chirurgie, a connu un franc succès puisque j’ai recueilli 100% des documents, ce qui prouve **leur intérêt et investissement dans ce projet**. Dans cette étude, je ne présenterai que les résultats, en Annexe 17, des deux spécialités choisies pour initier la restructuration des organisations. Malgré tout, il me paraissait important de faire un travail commun, avec l’ensemble des spécialités, pour ne pas que certains professionnels se sentent dévaloriser ni délaisser dans la démarche.

⁴⁰ Marchand X. « La culture de l’évaluation comme reconnaissance au travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 24 novembre 2017].



A partir de cet histogramme d'auto-évaluation des activités spécifiques, nous constatons qu'**aucune expertise n'est tracée dans les activités spécifiques**, mais plutôt **une maîtrise** pour certaines activités, telles que **les prélèvements sur plaies (6/7)**, les **consultations d'information** aux patients avant une chirurgie programmée (5/7), la **consultation de programmation (4/7)** et **les pansements de brûlures (4/7)**. Même si les infirmières n'interviennent plus en chirurgie vasculaire, depuis plusieurs mois, pour faire de l'information aux patients avant une chirurgie programmée, elles ont effectué l'évaluation comme si c'était une activité qu'elles réalisaient encore.

Nous pouvons constater que dans cette auto-évaluation, **aucune infirmière ne considère comme maîtrisée les soins de pansements d'escarre ou vasculaire**, alors que **cela représente quand même 17,9 % de leur temps de soin en chirurgie plastique et 63,9% de leur temps de soin en chirurgie vasculaire**, ce qui m'interpelle. 5 infirmières sur 7 considèrent que la pratique du pansement en vasculaire est à améliorer et 3 sur 7 font le même constat pour l'activité « pansement d'escarres ». Ceci dit, c'est effectivement un constat que j'ai fait lorsque je les ai accompagnés en analyse de pratique lors de ces activités, ou l'infirmière était souvent mise en difficulté devant ce type de soin, et ce malgré des consignes du chirurgien avec certains propos comme « *je ne découpe pas plus* » ou « *je ne le sens pas* » ou « *j'ai moins l'habitude, vous verrez avec l'infirmière libérale : elle a plus l'habitude que moi* ».

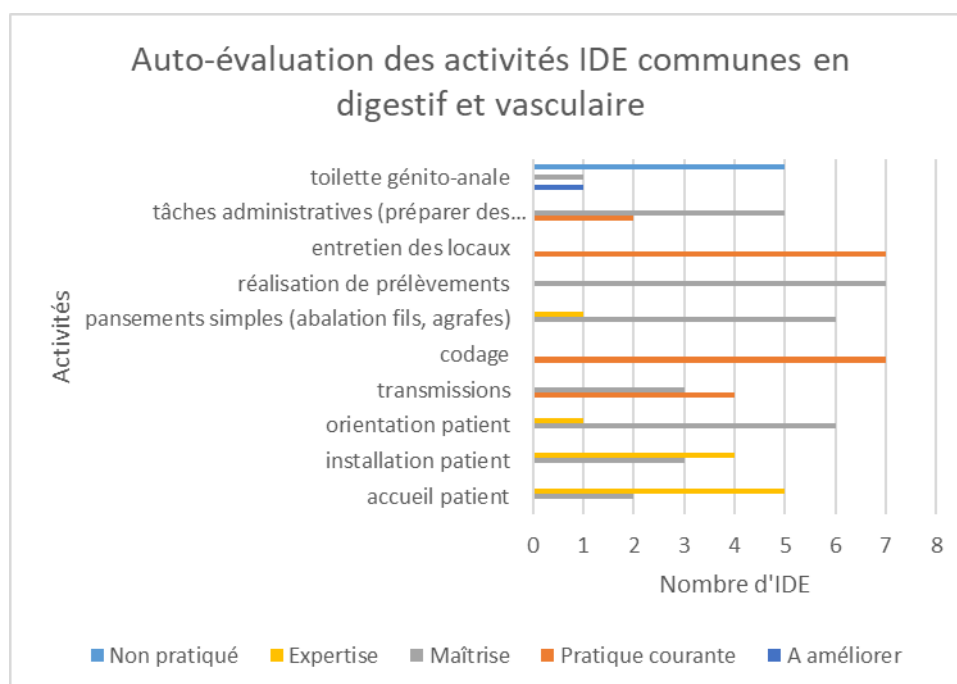
De même, à cette consultation, pour certains patients qui venaient avec une vachthérapie (pansement par pression négative), les infirmières réalisaient un pansement sec ou demandaient aux infirmières du service d'hospitalisation de chirurgie vasculaire, déjà bien occupées avec leurs activités, de venir réaliser ce soin. Ou encore, elles demandaient au patient de faire revenir l'infirmière de l'HAD, au retour de la consultation, pour refaire ce type de pansement évoquant le manque de temps, de matériel et d'expérience pour le réaliser ! c'est d'ailleurs, une des incompréhensions des équipes médicales et des services d'HAD.

Concernant les pansements d'escarre, de brûlures ou l'aide aux biopsies, cette activité est souvent réalisée dans le cadre de la consultation de chirurgie plastique et constitue une grande partie de l'activité infirmière ; pourtant, environ 40% des infirmières ne se sentent pas à l'aise avec cette activité.

S'agissant de la consultation RAAC, celle-ci est mise en place depuis 2 ans ; trois infirmières avaient été formées au moment du déploiement de ce projet, mais à ce jour aucune d'entre elle ne parle de maîtrise de cette activité ; l'une d'entre elle, exprime même la **nécessité d'améliorer cette pratique, en termes de savoir et savoir-faire, mais aussi d'outils**, puisqu'elles utilisent un chemin clinique, encore en version papier, qu'elles

considèrent fastidieux. Par ailleurs, ces trois infirmières souhaiteraient que d'autres collègues, intervenant en consultation de chirurgie digestive et vasculaire, **participent à ce projet pour leur permettre de partager plus facilement leurs expériences, et ainsi optimiser leurs compétences.**

Dans le domaine de la consultation d'information aux patients avant une chirurgie programmée, 5 des 7 infirmières évaluent cette activité comme maîtrisée, et pourtant, lors de l'analyse en situation, j'ai constaté que **le niveau d'information et de réponse aux questions des patients était inégal d'une infirmière à l'autre** ; les infirmières donnant le plus de précisions pertinentes et étant le plus à l'aise avec les questions posées sont, à la fois, les infirmières ayant travaillées dans les services d'hospitalisation des spécialités concernées, et celle ayant le moins d'ancienneté en consultation.



Comme nous pouvons le constater avec cet histogramme d'auto-évaluation des activités communes, **plus de 70% des activités sont évaluées avec au moins un niveau de maîtrise voire d'expertise.**

La toilette génito-anale est une activité peu pratiquée puisque seulement deux des sept infirmières l'ont réalisée. Malgré tout, l'une d'entre elle évoque cette activité comme « à améliorer » alors qu'elle fait partie des compétences de base, normalement acquise dès la 1^{ère} année à l'IFSI. Ce constat conforte les propos « *qu'une compétence se développe lorsqu'on s'en sert, mais qu'elle s'atrophie lorsqu'on ne s'en sert pas*⁴¹ ».

Par ailleurs, **les transmissions semblent être perfectibles** ; seulement trois d'entre elles considèrent cette activité comme maîtrisée. Les transmissions sont à la fois des éléments d'information donnés par l'infirmière à la secrétaire entre deux patients pour des prises de rendez-vous notamment en anesthésie, mais aussi des données vers la cellule d'ordonnancement des lits pour présenter un patient devant être hospitalisé. Là encore, le niveau d'information transmis par l'infirmière, **sa capacité de synthèse et de recueil d'informations pertinentes, sont bien différentes d'une professionnelle à l'autre.**

⁴¹ Marchand X. « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 24 novembre 2017].

De plus, lors de mon immersion avec les équipes, je me suis aperçue que les outils institutionnels du dossier patient informatisé n'étaient pas utilisés par les professionnelles ; c'est encore un document papier qui est utilisé mais peu, voire pas lu par les équipes d'hospitalisation, qui, elles, utilisent beaucoup le dossier informatisé.

Concernant l'entretien des locaux, les infirmières ont évalué cette activité comme une activité courante et ont volontairement précisé sur les grilles qu'il ne s'agissait pas d'une activité infirmière.

Une fois ces auto-évaluations réalisées et analysées, j'ai défini, avec les infirmières, les **situations prévalentes suivantes**, en lien avec le projet de réorganisation que nous souhaitons développer. Elles sont au nombre de cinq et se définissent comme suit :

- Organiser et coordonner l'hospitalisation programmée personnalisée d'un patient.
- Prévenir le risque de complications d'une plaie.
- Accompagner un patient dans le dispositif d'annonce en cancérologie.
- Transmettre des informations fiables, pertinentes et utilisables.
- Informer et former un nouvel arrivant (étudiants en soins infirmiers et/ou nouveaux collaborateurs).

Ces situations ont donc constitué le point de départ pour élaborer **la cartographie des compétences**, en Annexe 18, au sein de ces deux services de consultations externes de chirurgie, constituant ainsi la deuxième étape de la négociation des objectifs et moyens. Deux réunions ont été nécessaires pour réaliser ce travail, et je me suis servie des outils proposés par l'ANAP⁴² et des multiples recherches effectuées autour du **concept de compétence**. Effectivement, nous avons vu lors des entretiens avec les professionnelles infirmières que ce concept méritait d'être défini pour avoir un langage commun et donner du sens à nos actions futures, au projet et à sa pérennité.

La compétence désigne donc « *la relation dynamique d'une personne avec des situations*⁴³ ». C'est « *un savoir agir en situation. Elle est le produit d'une combinaison de ressources : connaissances, savoir-faire, comportements professionnels*⁴⁴ ». Elle ne se remarque que dans l'activité, seul espace-temps où on peut l'estimer, l'évaluer. La compétence n'est donc pas transférable d'une manière naturelle, « *elle se développe et émerge dans un ensemble de situation, elle ne se remarque que dans l'activité d'où l'intérêt de ne pas se contenter d'une évaluation langagière mais bien en situation de travail*⁴⁵ ».

On rentre dans la compétence par 5 voies que sont **l'ergonomie cognitive** (situations de travail et plus largement toutes les situations complexes qui sont vécues par l'opérateur humain dans la totalité de ses fonctions), **la sociologie du travail**, **la psychologie du travail**, **la science de l'éducation** et **la didactique professionnelle** (analyse du travail en vue de la formation des compétences)⁴⁶. **Deux notions sont importantes : le travail prescrit** qui fait référence aux fiches de poste, fiches métier, référentiel de compétences et **le travail réel**, c'est-à-dire le travail constaté sur le terrain qui répond ou pas au travail prescrit. C'est pourquoi, tout au long des quatre phases utilisées lors de la méthodologie, qui nous a conduit à définir cette solution de réingénierie des organisations, il était nécessaire de décrire l'organisation paramédicale et les différentes activités réelles, pour identifier le travail réel. Ayant déterminé l'attendu avec la nouvelle organisation (le développement de la consultation

⁴² ANAP. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible : <https://www.anap.fr/ressources/.../ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines>.

⁴³ Marchand X. « Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 27 octobre 2017].

⁴⁴ Raoult N, Pelosse J. La GPEC : Levier d'employabilité et de compétitivité. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons. 2011 ; 327 pages ; p. 257.

⁴⁵ Marchand X. « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail » ; Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 24 novembre 2017].

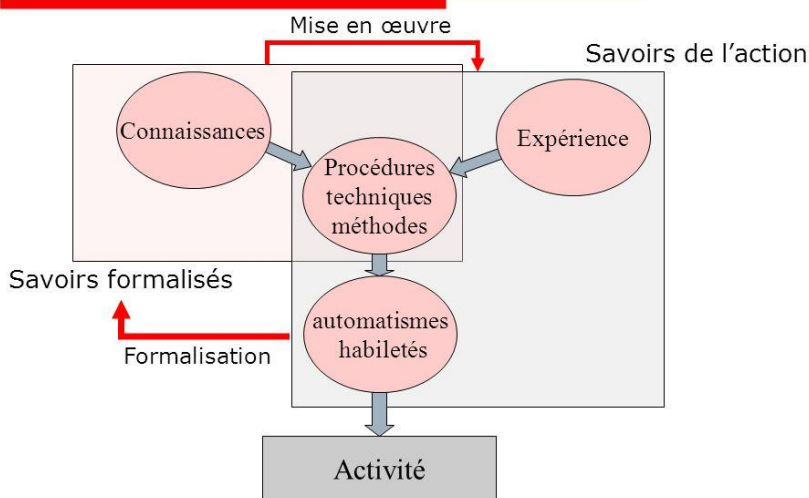
⁴⁶ Marchand X ; « Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail » ; Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 27 octobre 2017].

infirmière), il me restait à mesurer l'écart pour ensuite définir un plan d'action d'optimisation des compétences et d'évaluation de celles-ci. Car comme le dit Guy Le Boterf, « *le professionnel compétent n'est pas seulement celui qui sait agir avec compétence, c'est aussi celui qui sait décrire comment il sait agir avec compétence*⁴⁷ ».

La compétence est donc la résultante de trois facteurs que sont le savoir agir, le vouloir agir et le pouvoir agir. Le savoir agir suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes comme le savoir, le savoir-faire. Le vouloir agir se réfère à la motivation et à l'engagement personnel de l'individu. Et le pouvoir agir renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail et des conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilités et la prise de risque pour chaque individu. Ainsi, la construction et le maintien des compétences ne relèvent pas de l'unique responsabilité de l'individu ; elles sont partagées avec le management. D'où l'intérêt de les reconnaître et de les évaluer, non pas sous forme de jugements, mais plutôt sous forme d'une réflexion sur les facteurs qui favorisent ou gênent leur construction.

La compétence est un modèle français qui reprend 4 composantes que sont le savoir théorique, le savoir-faire, le savoir procédural et le savoir pratique ou l'expérience, comme le montre le schéma suivant, proposé par Gérard Malgaive et Francis Minet. Ainsi, pour réaliser une activité, le professionnel va se servir de ses connaissances qui, cumulées à son expérience vont contribuer à l'élaboration de procédures de soins et ainsi permettre de développer des savoir-faire. Ces savoir-faire mis en mot vont permettre d'optimiser les savoirs formalisés. C'est un dispositif continu.

La compétence : une articulation de savoirs (rappel)



L'évolution rapide des technologies dans le secteur médical, le développement de nouveaux modes de prises en charge, tels l'ambulatoire et la réorganisation de l'offre de soins via les PRS, ont entraîné de nombreux bouleversements sur le secteur de la santé, avec des évolutions inéluctables de certains métiers. Rajouté à la pénurie de certaines compétences et à l'organisation territoriale de la santé, le développement de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, GPEC/Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, GPMC⁴⁸, doit être un outil au service des professionnels pour mettre en adéquation les contraintes de l'environnement et les besoins en ressources. **La GPMC s'inscrit donc dans**

⁴⁷ Le Boterf G. Evaluer les compétences : quels jugements ? quels critères ? quelles instances ? Education permanente n°135 ; 1998-2 ; pp 140 à 150 ; p.147

⁴⁸ Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale ; dite Loi Borloo ; article L320-2. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

le projet social, et implique nécessairement des liens avec les ressources humaines et une interrelation avec les profils de poste, les fiches de poste, la cartographie des compétences, le recrutement, la formation, la mobilité, les parcours professionnalisants. Elle doit permettre une réflexion sur la fidélisation et la qualité de vie au travail de nos collaborateurs. Le concept de GPMC n'a de sens que, s'il est utilisé pour servir l'institution et l'individu, du point de vue de son enrichissement personnel, professionnel et de son adaptation à son poste.

La cartographie des compétences est donc un outil ressources humaines, au cœur de la politique de gestion prévisionnelle des emplois effectifs, des compétences et des organisations. Elle a pour objectif **d'identifier les compétences cœur de métier**, détenue par une organisation et la répartition de ces compétences dans l'organisation.

Après avoir identifié les compétences nécessaires pour cette nouvelle organisation, et avant de définir un plan d'action permettant aux infirmières d'acquérir les compétences manquantes, avec l'équipe, nous avons défini les différents types de consultation infirmière que nous souhaitons développer.

3.1.2 Les différents types de consultation infirmière

A l'heure où il est plus que nécessaire de se reposer la question du coût des prises en soin, et le développement de la coopération avec nos partenaires extérieurs, le déploiement de **la consultation infirmière structurée** sera un moyen d'accroître leurs compétences et les valoriser. Les consultations sont, pour la majorité des patients, la première porte d'entrée dans les établissements de santé. Il est donc important pour « *les soignants qui y travaillent d'adapter leur organisation, d'identifier et de déployer des solutions innovantes pour les patients*⁴⁹ ».

Mais cela nécessite de la part du manager **d'associer le personnel à l'élaboration d'un projet commun, fédérateur, qui fait sens pour les professionnels et à le décliner sur les lieux de travail.** Il faut donc organiser le travail avec les équipes, et accompagner les restructurations nécessaires car « *la conduite du changement n'a de sens que dans la recherche d'une nouvelle organisation qui place l'homme au centre des préoccupations*⁵⁰ ». Il est donc impératif de mettre en œuvre une communication efficace avec nos collaborateurs, car « *la communication doit assurer, en continu, l'articulation indispensable projet d'établissement/stratégie, ressources humaines, plans d'action*⁵¹ ». L'objectif étant d'instaurer **un climat de confiance**, et permettre à chacun des professionnels de trouver **sa juste place** et ainsi, avoir le sentiment **d'œuvrer à la réalisation d'un projet commun et accepté de tous.**

Le management de la conduite du changement

Le manager, qu'il soit cadre ou cadre supérieur de santé, est le premier maillon de la ligne hiérarchique des soignants, et c'est lui qui relaie l'information. Pour pouvoir transmettre des informations, il doit bien maîtriser son sujet, tenir compte du contexte et notamment des contraintes financières qui pèsent sur nos organisations, du changement sociologique des différents acteurs, notamment dans le rapport au travail, aux institutions et à l'autorité, et du

⁴⁹ Virage ambulatoire. ANAP. [Consulté le 08 novembre 2017]. Disponible : [http://www.anap.fr/ressources/restitutions/detail/actualites/restitutions-2eme-cercle-transformations-organisationnelles-et-virage-ambulatoire-tova/06 octobre 2016](http://www.anap.fr/ressources/restitutions/detail/actualites/restitutions-2eme-cercle-transformations-organisationnelles-et-virage-ambulatoire-tova/06%20octobre%202016) ; Paris.

⁵⁰ Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.25.

⁵¹ Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.96

changement culturel à envisager. Il doit aussi garder à l'esprit la place de l'utilisateur. Cependant « *on est dans l'illusion de penser que dire suffit*⁵² ». **La communication n'est donc pas l'élément moteur, mais elle contribue à la réussite du projet.** Cependant, il faut identifier le type de changement à réaliser. Dans ce projet, il s'agit d'un changement moyen qui nécessite de travailler sur **des processus méthodologiques avec l'élaboration de supports interactifs**. Dans un secteur où la continuité, la qualité et la sécurité des soins doivent être assurées, afin de limiter des problèmes organisationnels, le manager a un rôle central entre l'équipe et les niveaux hiérarchiques : c'est le pivot, l'interface de l'information.

Les zones d'incertitude

Manager un changement suppose de définir **les zones d'incertitude**, c'est-à-dire la zone de décision mal définie ou pas encore stabilisée, ou dont le fonctionnement habituel est remis en question. Dans le déploiement de ce projet, l'incertitude réside dans plusieurs domaines. Tout d'abord dans **la coordination des activités infirmières à réaliser**, c'est un choix que nous devons faire en équipe.

Puis dans les **connaissances de chacune des professionnelles**, car à ce jour, le fait d'être, ponctuellement, en salle avec les praticiens reste rassurant pour l'équipe, car elles entendent une partie des informations données par le chirurgien. Demain elles seront seules, en salle, avec les patients, et devront s'appuyer sur leurs compétences et expériences ; et nous avons vu lors des auto-évaluations des activités que certaines d'entre elles n'étaient pas maîtrisées. La troisième incertitude est liée au **développement d'une activité nouvelle qu'est la consultation d'annonce infirmière**, à laquelle se rajoute le fait qu'aucun outil aujourd'hui, ne peut me permettre d'identifier le nombre de consultation d'annonce infirmière qui seront nécessaires et donc, de mesurer, avec exactitude, le temps infirmier à allouer à cette activité. Nous n'avons, à ce jour, que le nombre de consultations globales par spécialités, sans différenciation.

Pour favoriser l'acceptation du changement, il doit y avoir un rapport gagnant-gagnant ; « *tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement*⁵³ ». Dans ce projet managérial, les gains pour les soignants sont, avant tout et réaffirmé à multiples reprises dans les groupes de travail, **la reconnaissance des infirmières par leurs compétences, leur posture centrale dans les organisations, la coopération avec l'ensemble des partenaires internes et externes, la coordination du parcours patient, la prise en charge individualisée du patient et la satisfaction du professionnel et le bien-être au travail.** « *L'organisation est la mise en commun harmonieuse et optimale des moyens (installations, équipements) et des ressources (humaines et financières) pour assumer une mission et offrir en permanence des services en conformité avec les besoins*⁵⁴ », ce que je garde à l'esprit tout au long de cette réflexion.

Les enjeux de pouvoir

Le déploiement de ce projet a nécessité aussi de s'intéresser aux enjeux de pouvoirs. « *Le pouvoir des acteurs et la production de sens à laquelle ils s'adonnent influencent les pratiques de coordination*⁵⁵ », d'où l'intérêt de bien identifier la place occupée par chacun des acteurs et d'apporter des informations claires, précises et pertinentes. « *Le pouvoir de A sur B est la capacité de A d'obtenir que, dans sa relation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables*⁵⁶ », d'où l'intérêt de valoriser et reconnaître le travail de mes collaborateurs, car le besoin de reconnaissance est une demande récurrente chez les soignants.

⁵² Marchand X. « Le Management des Ressources Humaines dans les transitions ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 26 janvier 2018].

⁵³ Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil. 1985 ; 378 pages ; p.204.

⁵⁴ Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.63

⁵⁵ Nizet J, Pichault F. La coordination du travail dans les organisations. Editions Dunod. 2012 ; 126 pages ; p.114.

⁵⁶ Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil. 1985 ; 378 pages ; p.158

Selon Crozier et Friedberg, **la première source de pouvoir** est « *la possession d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable. L'expert est le seul qui dispose du savoir-faire, des connaissances et de l'expérience du contexte qui lui permet de résoudre certains problèmes cruciaux pour l'organisation. Sa position est donc bien meilleure dans la négociation aussi bien avec l'organisation qu'avec ses collègues. Du moment que de son intervention dépend la bonne marche d'une activité, d'un secteur, d'une fonction très importante pour l'organisation, il pourra la négocier comme des avantages et des privilèges*⁵⁷ ». Au sein de ces deux secteurs, **cette première source de pouvoir est moindre**, puisque, comme nous l'avons noté précédemment, dans l'auto-évaluation des compétences par les professionnelles, peu d'activités infirmières sont considérées comme relevant d'une expertise, quelques maîtrises d'activités sont relevées mais rien d'irremplaçable.

La deuxième source de pouvoir réside dans la maîtrise des relations avec l'environnement. D'où l'importance de faire participer les professionnelles aux réflexions sur l'architecture du nouveau bâtiment, le projet de réorganisation et les réunions avec les partenaires extérieurs.

La troisième source de pouvoir est la communication car « *une décision peut échouer non par la qualité de ceux qui l'ont préparée, mais parce que leurs informations étaient préalablement insuffisantes ou que la décision a été mal transmise et donc l'exécution inadéquate*⁵⁸ ». Effectivement, l'information permet de mieux maîtriser les incertitudes devant affecter l'organisation, d'où l'importance de proposer une information claire, précise et formalisée, pour maintenir le même niveau pour l'ensemble des collaborateurs et ne pas laisser la place aux rumeurs.

La quatrième source est **le respect des règles organisationnelles**, d'où l'importance de les formaliser ensemble.

Le déclencheur

Le projet impacte donc, directement les compétences des professionnelles, leur organisation et leur identité professionnelle. Le facteur temps est un levier indispensable tout comme l'accompagnement personnel et professionnel. Malgré tout, je garde à l'esprit que « *quel que soit le pouvoir que possède le < changeur >, quel que soit son rang dans la hiérarchie, le < changé > reste maître de la décision finale*⁵⁹ ». C'est pourquoi, pour faciliter l'adhésion au changement, « *celui-ci doit avoir un déclencheur légitime pour chacun des collaborateurs*⁶⁰ ». Dans ce projet, **le déclencheur commun est le déménagement architectural** de l'ensemble des consultations vers un nouveau bâtiment, pour les regrouper sur un seul site, et le souhait des équipes de conserver leur poste en consultation.

La consultation infirmière

C'est un mode particulier de mobilisation des connaissances et de leur mise en œuvre en situation singulière avec le malade. L'organisation de consultations infirmières repose sur de multiples aspects, tels que la **précision de l'objet de la consultation, l'identification des compétences nécessaires, l'élaboration des fonctionnements** (parcours du patient, traçabilité des soins, relevé de l'activité, processus organisationnel), **l'articulation formalisée avec les autres acteurs** : médecins hospitaliers, collègues des autres services de soins, les professionnels du secteur libéral, **l'identification de moyens matériels** (locaux dédiés,

⁵⁷ Crozier M et Friedberg E. L'Acteur et le système. Paris : Editions du Seuil. 1977 ; 436 pages, p.72

⁵⁸ Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil. 1985 ; 378 pages ; pp. 162 à 163.

⁵⁹ Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil. 1985 ; 378 pages ; p.156.

⁶⁰ Marchand X. « Le Management des Ressources Humaines dans les transitions ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 26 janvier 2018].

bureautique, téléphone), **des indicateurs de suivi** et d'évaluation et le financement de l'établissement (Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation – MIGAC), autant d'activités que nous aurons à définir. Avant de formaliser chacune de ces consultations, nous avons élaboré **un logigramme permettant de décrire globalement le processus organisationnel de la consultation, et ainsi, visualiser de façon séquentielle et logique les activités infirmières**. (Annexe n°19). Celui-ci est aussi un guide pour l'ensemble des professionnels travaillant au sein de la consultation.

L'arbre décisionnel à la consultation (Annexe 19):

Lorsqu'un patient est vu en consultation avec le chirurgien, trois situations sont possibles : **le premier cas concerne un patient qui, à l'issue de la consultation avec le chirurgien, nécessite la réalisation d'un pansement**, auquel cas, le chirurgien dirige le patient vers l'infirmière pour qu'elle réalise son soin. A l'issue de ce soin, le patient quittera la consultation, sauf si le chirurgien souhaite revoir le patient, donc dans ce cas, l'infirmière remettra la feuille de transmission au patient et l'invitera à aller vers la secrétaire pour qu'elle lui remette son rendez-vous.

Dans le deuxième cas, si à l'issue de la consultation avec le chirurgien, aucun soin infirmier ni information n'est nécessaire, alors le patient pourra quitter la consultation, sauf si le chirurgien envisage un nouveau rendez-vous, auquel cas, il conseillera au patient de se rendre auprès de la secrétaire pour prendre son rendez-vous, avec un délai mentionné sur la fiche de transmission qu'il remettra au patient.

Le troisième cas fait suite à la nécessité d'organiser une intervention chirurgicale pour le patient. Dans cette situation, deux chemins sont possibles : tout d'abord, le patient a bénéficié d'une annonce diagnostique et thérapeutique avec le chirurgien, celui-ci propose au patient de se rendre auprès de l'infirmière de coordination-information pour fixer un rendez-vous avec elle, à distance, pour réaliser une **consultation d'annonce infirmière**. Ou alors, le patient ne relève pas de la filière carcinologique mais, soit, **il répond aux critères de la filière rapide**, alors le chirurgien invite le patient à se rendre auprès de l'infirmière de coordination-information pour qu'elle lui propose un rendez-vous de **consultation infirmière RACC**, à distance ; soit il ne répond pas non plus aux critères de la filière rapide, auquel cas, le chirurgien propose au patient de se rendre auprès de **l'infirmière de coordination-information** pour qu'elle organise et lui explique, dans la continuité, sa future prise en charge en pré et post-opératoire, dans **une salle qui lui sera dédiée**. Dans certains cas, le patient pourra, à la fois, prétendre à une consultation d'annonce infirmière et une consultation filière rapide ; dans ce cas, un seul rendez-vous sera donné au patient, mais celui-ci sera un peu plus long car, en plus des modalités relatives à la consultation d'annonce, que nous verrons un peu plus loin, l'infirmière devra initier un chemin clinique pour la filière rapide, document que je vous présenterai un peu plus tard dans ce travail.

La consultation d'annonce infirmière :

Chaque année, **355 000 personnes font l'objet d'un diagnostic de cancer et près de 150 000 patients décèdent en France ; c'est la première cause de mortalité, et le territoire Sarthois n'y échappe pas**. La lutte contre le cancer⁶¹ fait l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans trois Plans cancer 2003-2007, puis 2007-2013 et enfin 2014-2019. Il est indispensable de **poursuivre le combat contre cette maladie**, en donnant **un nouvel élan à l'effort collectif**, en mobilisant le système de santé.

⁶¹ Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. [Consulté le 27 janvier 2018]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>.

C'est pourquoi, nous avons fait le choix au sein des consultations externes de chirurgie digestive, de développer la consultation d'annonce infirmière. Le soin prend de plus en plus de place sur le prendre soin et provoque une déshumanisation accrue de l'hôpital, contraire aux orientations fixées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi du 04 mars 2002⁶², relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Je souhaite, donc, à travers le développement de cette nouvelle activité, **redonner du sens au soin**, permettre **au prendre soin de retrouver toute sa place**, au soignant **d'accroître sa satisfaction au travail** en retrouvant sa place entre les équipes médicales, le patient et la ville. Aussi, elle permettra de répondre au plan cancer et de faire bénéficier au patient d'une **approche personnalisée** avec l'ensemble des acteurs de soins impliqués autour et pour lui. Mais également de s'inscrire dans la stratégie de transformation du système de santé plaçant « *le patient au centre des réflexions et des évolutions à venir* ⁶³».

Le développement de la consultation d'annonce infirmière aura pour objectif **d'assurer un niveau d'information optimal pour accompagner le patient vers une meilleure qualité de vie possible tout au long de sa maladie, sur le plan physique, psychologique et social**. Elle prendra en compte la diversité des besoins du patient, de son entourage et ce, quel que soit son lieu de soins. Comme prévu dans le plan cancer 3, nous ferons usage des soins de support, ceux-ci ne constituant pas une nouvelle discipline, mais correspondent à une coordination, actée, lors des réunions de concertation pluridisciplinaires, qui doivent mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches. Cette activité s'inscrit dans une dynamique d'équipe où l'interactivité entre les différents acteurs de santé est continue.

Nous avons commencé par formaliser les grandes étapes du parcours patient, pour la consultation d'annonce infirmière comme suit :



La consultation d'annonce infirmière sera donc organisée le même jour que la consultation d'anesthésie, pour éviter au patient plusieurs déplacements sur notre vaste territoire Sarthois.

Nous avons déterminé une méthode pour concevoir cette consultation.

Méthodologie d'élaboration de cette activité

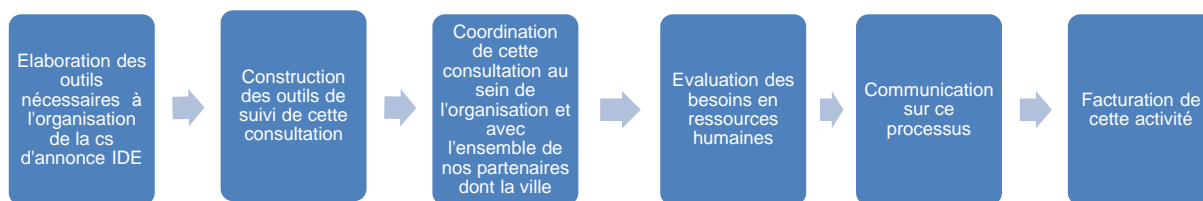
J'ai utilisé la **théorie du management par la connaissance** de Nonaka et Takeuchi⁶⁴ pour formaliser la consultation d'annonce infirmière. **Cinq phases** sont nécessaires : tout d'abord, au cours des différentes rencontres avec les professionnelles de santé, nous avons **partagé des connaissances** et ces moments de partage ont permis de créer des savoirs pour l'ensemble du groupe. Puis, nous les avons **conceptualisées** pour décrire la consultation d'annonce infirmière. De là, nous avons défini **la valeur ajoutée** de cette nouvelle activité pour l'organisation. Puis, nous avons défini **les modalités** de cette consultation combinant les nouvelles connaissances et les connaissances existantes. Enfin, nous avons **intégré cette activité dans une organisation structurée**.

⁶² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [Consulté le 25 novembre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

⁶³ Stratégie de transformation du système de santé. [Consulté le 18 février 2018]. Disponible : <http://www.gouvernement.fr/presentation-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>.

⁶⁴ Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas A. Partie 1 : Les changements continus « In ». Conduite du changement : concepts clés. Paris : Editions Dunod ; 2014 ; page 47.

Ensuite, j'ai identifié les étapes à réaliser, pour élaborer cette consultation, que nous pouvons visualiser dans le Gantt, en Annexe 15 et dans le schéma suivant :



Les outils organisationnels

Pour déployer cette activité, nous avons d'abord formaliser le parcours patient détaillé, en consultation de chirurgie digestive carcinologique, en collaboration avec l'ensemble des partenaires, puis écrit le mode opératoire de cette consultation d'annonce infirmière et enfin adapter la fiche de poste infirmière.

Le parcours patient, tel qu'il est décrit en Annexe 20, permet d'identifier, à chaque moment de la prise en charge du patient, de la consultation à son suivi après cancer, les missions de chacun des intervenants et les moyens pour les réaliser.

Le mode opératoire, formalisé en Annexe 21, reprend quatre situations différentes : premièrement **la consultation d'annonce infirmière pour une intervention chirurgicale** ; deuxièmement **la consultation d'annonce infirmière pour un traitement par chimiothérapie au CHM** (avec ou sans pose de chambre implantable) ; troisièmement **la consultation d'annonce infirmière pour un traitement par chimiothérapie en dehors du CHM** ; et quatrièmement, **la consultation d'annonce infirmière pour un traitement par radiothérapie**. Dans chacune de ces situations, un temps personnalisé sera proposé au patient par l'infirmière de consultation de chirurgie ; il sera différent en fonction du traitement qui sera réalisé, puisqu'en dehors de la chirurgie, le patient sera revu par d'autres infirmières du dispositif d'annonce de médecine et de radiothérapie. Le but est d'initier la prise en charge pour accompagner le patient dans sa maladie et lui expliquer qu'un relai est assuré par les collègues en médecine et/ou en dehors du CHM. Avec ce mode opératoire descriptif, l'infirmière connaîtra les différentes étapes à mettre en œuvre en fonction du traitement et ainsi délimiter son rôle.

Le déploiement de cette nouvelle activité a également été l'occasion de retravailler **la fiche de poste** et l'adapter à la nouvelle organisation et aux nouvelles activités (Annexe n°22). Elle reprend les grands domaines d'activité, les principales tâches, les particularités liés au poste et les horaires de travail.

Les outils fonctionnels

Le livret de liaison, se présente sous la forme d'un classeur remis par l'infirmière, à chaque patient, au cours de la consultation d'annonce infirmière. Celui-ci sera expliqué par l'infirmière et reprendra les différents éléments le constituant, ce pourquoi, nous avons réécrit, en collaboration avec le Comité de Coordination en Cancérologie, 3C, une procédure, en Annexe 23, afin de proposer **un outil harmonisé au sein du CHM**. Dans celle-ci sont insérés des éléments d'informations sur les différents traitements proposés, le livret d'accueil du CHM, des informations relatives aux soins de support et des documents administratifs tels que le formulaire de désignation de la personne de confiance. Nous y avons aussi inséré un agenda pour permettre au patient d'y noter tous ses rendez-vous, des cartes de visite des

professionnelles du dispositif d'annonce et une documentation sur la maison des soleils, lieu d'hébergement pour les accompagnants, proche du CHM.

La fiche de liaison médecin-infirmière (Annexe n°24) sera l'outil indispensable qui permettra à l'infirmière de réaliser, en toute sécurité, sa consultation avec le patient ; effectivement, sur ce document sont mentionnés les informations médicales relatives à la pathologie du patient, le ou les traitements envisagés, les éléments de langage utilisés par le chirurgien lors de son annonce médicale, les examens à envisager notamment dans le cadre d'un bilan d'extension ou la pose d'une chambre implantable ; tous ces éléments permettront à l'infirmière d'organiser les informations qu'elle transmettra au patient, d'adapter son vocabulaire aux informations médicales transmises, pour garder un discours cohérent et harmonieux, et coordonner au mieux le parcours du patient.

Pour affiner sa connaissance du patient, elle aura, également, à sa disposition, **le compte rendu de la Revue de Concertation Pluridisciplinaire, RCP, le Plan Personnalisé de Soins, PPS et le compte rendu de la consultation d'annonce diagnostique et thérapeutique.** Tous ces outils étant informatisés.

Je me suis également procurée **des livrets par « organe »** via l'INCA, pour les mettre à disposition de nos patients, afin de leur apporter d'autres éclairages sur leurs prises en soins. Ces outils sont aussi à la disposition des infirmières et leur permettent d'optimiser leurs connaissances.

Les outils de coordination

Pour coordonner cette activité au sein de cette nouvelle organisation, nous utiliserons le logigramme que nous avons expliqué en Annexe 19.

De plus, nous avons créé, avec ma collègue cadre référente des secrétariats médicaux, un **agenda de programmation, informatisé**, pour permettre aux infirmières de programmer les patients à voir en consultation d'annonce.

A l'issue de sa consultation, l'infirmière devra aussi réaliser **un compte rendu de consultation d'annonce infirmière spécialité digestive.** Nous avons utilisé un outil informatique déployé en 2015 au CHM, et l'avons adapté à cette spécialité, (Annexe n°25). Celui-ci reprend les données sociales du patient, les outils dont elle se sera servie pour réaliser la consultation, un résumé de l'entretien en soulignant particulièrement les difficultés relatives par le patient et /ou sa famille, les différentes informations qu'elle aura transmise au patient, l'évaluation des besoins sociaux, psychologiques et diététiques, critères obligatoires à renseigner (que nous avons rendu bloquant dans l'outil informatique) pour respecter les recommandations de l'Institut National du Cancer, INCA, et les différents documents remis au patient. Cet outil sera ensuite **consultable par l'ensemble des infirmières d'hospitalisation qui prendra en charge le patient pendant son séjour permettant ainsi d'assurer la continuité de la prise en soins.** Il restera à prévoir un temps d'informations auprès des collègues cadres de santé et infirmières des services d'hospitalisation de chirurgie digestive conventionnelle.

Lorsque la consultation sera terminée, l'infirmière réalisera **un courrier au médecin traitant**, à partir d'un courrier type dans notre dossier patient informatisé, en Annexe 26. Celui-ci permettra d'informer le médecin traitant que son patient a bénéficié d'une consultation d'annonce infirmière, de créer du lien avec la ville et de compléter la prise en charge médicale. Lors de notre rencontre avec nos partenaires de la ville, dans le cadre de la première journée hospitalière de cancérologie, le 29 mars 2018, les médecins traitants ont souligné cette initiative et l'importance de renforcer nos liens pour optimiser la prise en soins des patients, gage de sécurité et de continuité des soins.

Enfin, pour identifier le nombre de consultations d'annonce infirmière réalisé, nous avons élaboré un **outil** excel, en Annexe 27 ; outil provisoire, le temps de trouver une solution informatique qui permettra d'effectuer des requêtes détaillées à partir du dossier patient informatisé.

Les ressources nécessaires

Concernant les moyens humains pour réaliser cette activité, il nous est difficile d'identifier un temps précis, puisque comme je l'ai dit un peu plus tôt dans ce travail, je n'ai aucun moyen de connaître le nombre de consultations d'annonce infirmières qui seront faites. Nous aurions pu imaginer requêter le nombre de consultations d'annonce diagnostique et thérapeutique chirurgicales faites, malheureusement cela n'a pas été prévu initialement lors de l'élaboration du formulaire médical ; ceci dit, les informaticiens vont y remédier pour l'année 2018. Malgré tout, j'ai **identifié un 0,20 ETP infirmier** pour réaliser cette activité. Ce temps sera, bien évidemment, à réajuster en fonction de la demande. L'agenda consultation infirmière informatisé devra nous permettre d'effectuer des requêtes pour dénombrer le nombre de consultations infirmières réalisé. Il me permettra d'identifier, avec objectivité, le temps infirmier nécessaire à la réalisation de cette activité. Il sera aussi un outil managérial de négociation des ressources humaines.

L'information à nos collaborateurs/partenaires

Pour partager et optimiser le développement de cette consultation, nous avons utilisé la journée destinée à la cancérologie en Sarthe, le 29 mars 2018, pour **rencontrer nos partenaires** (médecin de ville - infirmières libérales - prestataires de soins – ligue contre le cancer -infirmières des services d'hospitalisation), et leur présenter notre réflexion, l'enrichir et initier le partenariat.

Dans le cadre de ce projet, pour offrir encore plus d'opportunités au patient et de bien-être dans sa prise en charge, nous avons aussi rencontré **la socio-esthéticienne du CHM**, pour définir le type de prise en soins qu'elle pourrait proposer à nos patients et l'organisation envisagée pour le permettre.

Nous avons prévu de nous déplacer pour rencontre nos collègues du **centre de thalassothérapie de Bagnoles de l'Orne** pour développer aussi une coopération.

La facturation

J'ai rencontré nos partenaires de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, CPAM, pour réfléchir au codage, sans solution immédiate. Cependant, en regard de notre projet, le CHM a lancé une réflexion via le contrôleur de gestion, pour valoriser financièrement cette activité relativement chronophage.

Cette consultation d'annonce infirmière viendra, comme nous l'avons précisé dans le logigramme, compléter la consultation infirmière RAAC. Celle-ci est organisée de la même façon que la consultation d'annonce infirmière et repose sur **un chemin clinique**, en version papier, que nous avons révisé pour l'alléger (Annexe n°28). Ce document reprend d'abord des informations d'ordre médicale (intervention, différentes prescriptions), les éléments transmis par l'infirmière pour préparer au mieux le patient avant son hospitalisation, puis des éléments de connaissance du patient. Il formalise l'ensemble de la prise en charge du patient, de la veille de son intervention chirurgicale jusqu'à sa sortie, avec **trois activités clés de la filière rapide, que sont les soins et la surveillance, l'alimentation et la mobilisation**. Il me faudra envisager d'informatiser cet outil.

Les perspectives

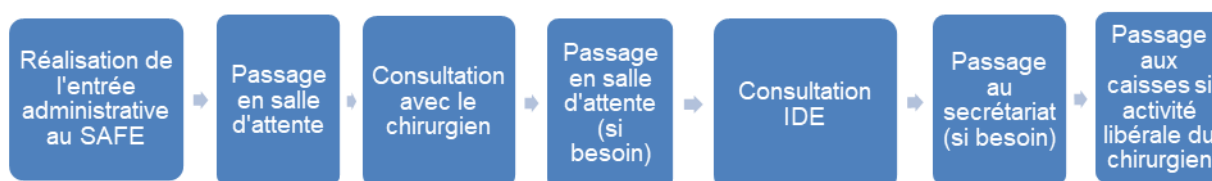
Dans le cadre de l'action 7.15 du plan cancer 2014/2019, une étude est actuellement en cours, en collaboration avec le CHU d'Angers et la clinique mutualiste de Saint-Nazaire, sur **le patient ressource parcours** en urologie et gynécologie. Le patient ressource parcours est un « ancien malade » bénévole, ayant bénéficié de six jours de formation, financés par la ligue contre le cancer, pour intervenir auprès des patients qui le souhaitent, en concertation avec les équipes soignantes. Il a pour mission de favoriser la relation, le dialogue, la compréhension entre le soignant et le soigné sans se substituer. Il est aussi là, pour transmettre aux patients son expérience de personne malade, et ainsi, les aider à mieux vivre leur maladie et leurs traitements. Lors de cette première journée hospitalière de cancérologie, j'ai eu l'occasion **d'échanger avec le Président de la ligue contre le cancer** concernant ce patient ressource ; nous avons envisager, d'ici quelques mois, le temps de bien coordonner cette nouvelle activité dans l'organisation restructurée, de repérer et proposer à certains patients, ce type de missions pour la spécialité digestive.

Ainsi, l'ensemble des patients pourront se voir offrir l'opportunité d'une consultation d'annonce infirmière **harmonisée et structurée**, soit dans le cadre de l'accompagnement d'une prise en charge carcinologique, soit dans le cadre de la chirurgie dite « rapide ». Cette nouvelle activité s'articule dans l'organisation du travail. Le processus de cette consultation sera transposable lors du déploiement de la chirurgie carcinologique thoracique.

La consultation infirmière de coordination et d'information

Comme nous l'avons vu dans l'analyse, il existe, actuellement, un temps d'information réalisé par l'infirmière au décours de la consultation avec le chirurgien digestif, mais celui-ci est relativement court, et ne permet pas au patient d'intégrer l'ensemble des informations nécessaires à la suite de sa prise en soins. Par ailleurs, en chirurgie vasculaire, ce temps d'information est réalisé par la secrétaire, sur un poste d'accueil ouvert sur l'extérieur posant un problème de confidentialité, chez des professionnelles déjà débordées par leurs activités. C'est pourquoi, j'ai fait le choix, avec les équipes médicales et paramédicales, de développer **le rôle de l'infirmière de coordination de parcours et d'information** pour, à la fois fluidifier le parcours patient, remettre chacun sur son cœur de métier, répondre aux besoins du patient et faire le lien avec nos partenaires au CHM et/ou à l'extérieur de celui-ci.

Le parcours patient



Le patient effectuera son entrée administrative au SAFE, puis il se rendra dans la salle d'attente identifiée. Le chirurgien viendra le chercher et réalisera sa consultation. Le patient retournera en salle d'attente si l'infirmière n'est pas disponible. L'infirmière viendra accueillir le patient, l'aidera à s'installer et réalisera sa consultation. A la fin de celle-ci, elle invitera le patient à se rendre au secrétariat avec la fiche de transmission mentionnant un éventuel rendez-vous à prendre avec le chirurgien. La secrétaire conviendra d'un rendez-vous avec le patient, lui remettra la convocation et lui proposera de se rendre aux caisses s'il s'agit d'une activité libérale. Elle appellera également la société de transport du patient si besoin.

L'organisation de cette consultation :

L'infirmière ne sera donc plus aux côtés du chirurgien dans la salle de consultation pour le « servir », mais assurera **sa propre consultation en collaboration avec ce dernier**. Le patient lui sera confié par le chirurgien lorsqu'il estimera qu'une information et/ou programmation en vue d'une chirurgie ou d'une hospitalisation sera nécessaire, pour optimiser la prise en soin. Cette consultation va donc changer dans son processus. Comme le disent Eustache et Desgranges, « *lorsqu'on accompagne un professionnel dans un changement, il faut un temps de désapprentissage pour leur permettre d'aller vers le nouveau contexte*⁶⁵ ». Il sera donc important, dans cette nouvelle organisation de tenir compte du temps nécessaire pour permettre aux professionnels de se « défaire » des anciennes représentations avant d'intégrer les nouvelles. Les différents temps organisés en groupes de travail, qui seront aussi des temps de partage et de réflexion pourront y contribuer.

Les outils fonctionnels

Pour faciliter le déroulement de cette consultation, nous avons élaboré une check liste des actions à mener auprès du patient lors de cette consultation, pour l'harmoniser et la sécuriser. Ce document, en Annexe n°29, permet donc d'identifier les éléments indispensables à effectuer pendant cette consultation.

En parallèle, j'ai travaillé avec les anesthésistes à l'élaboration des examens clés spécifiques, à chaque chirurgie, pour faciliter le travail de chacun des partenaires, mais aussi adapter les prescriptions au besoin du patient, et ainsi éviter des examens non nécessaires, mais prescrits, par habitude ou facilité, jusqu'alors. Nous sommes en attente de l'informatisation de ceux-ci.

Les chirurgiens ont, de leurs côtés, travaillé à l'élaboration de **procédures et protocoles** pour harmoniser les informations relatives aux différentes prises en soin. Ils serviront à l'infirmière à accroître ses connaissances et assurer **une information juste et sécurisée**. Il nous reste à prévoir un **temps de restitution**, sous forme d'information par les chirurgiens aux équipes. Cette démarche participe à **l'organisation apprenante** que je souhaite développer. Il sera complété par la mise en situation des infirmières, sur le terrain, dans les services de chirurgie conventionnelle pour optimiser leurs compétences et de jeux de rôles que l'équipe a suggéré.

Lors des groupes de travail, j'ai **repris un temps pour former les professionnelles à l'utilisation des outils informatisés**, notamment le recueil de données informatiques, pour supprimer la fiche de liaison papier consultation - services d'hospitalisation, dont je vous ai parlé un peu plus haut dans ce travail, et qui plus est, n'est pas lu par les soignants des services d'hospitalisation. L'objectif étant d'initier la continuité des prises en soin avec les services d'hospitalisation et, ainsi, éviter que les choses ne soient faites deux fois.

La coordination du parcours patient

Il reste à **définir la coordination** avec les chirurgiens pour permettre à l'infirmière d'avoir l'information que tel patient est à voir et le motif : **une réflexion est en cours avec le service informatique** pour intégrer cette fonctionnalité au dossier patient informatisé.

L'équipe utilisera **la même feuille de transmission**, encore en version papier, que pour la consultation d'annonce infirmière. Cet outil sera le lien entre le chirurgien, les infirmières et les secrétaires. Ce document a été travaillé par les équipes paramédicales à **leur initiative**.

⁶⁵ Marchand X. « Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 27 octobre 2017].

Pour personnaliser la prise en soin des patients, anticiper leurs besoins avant leur sortie d'hospitalisation, et optimiser le séjour, j'ai, en collaboration avec la CPAM, déployé l'**outil Programme de Retour A Domicile, PRADO**, dès le mois de mars sur ces deux spécialités. Ainsi, dès la consultation, le chirurgien, en collaboration avec l'infirmière, identifie les besoins du patient, les consigne dans un document, récupéré par une conseillère de la CPAM chaque jeudi. Ainsi, cette dernière organise, en amont de l'hospitalisation, les aides à mettre en place à la sortie du patient. **Le séjour est ainsi cadré, et la sortie sécurisée, particulièrement sur un territoire aussi étendu que la Sarthe et confronté aux « sous-développement » des services de soins à domicile.**

Le financement

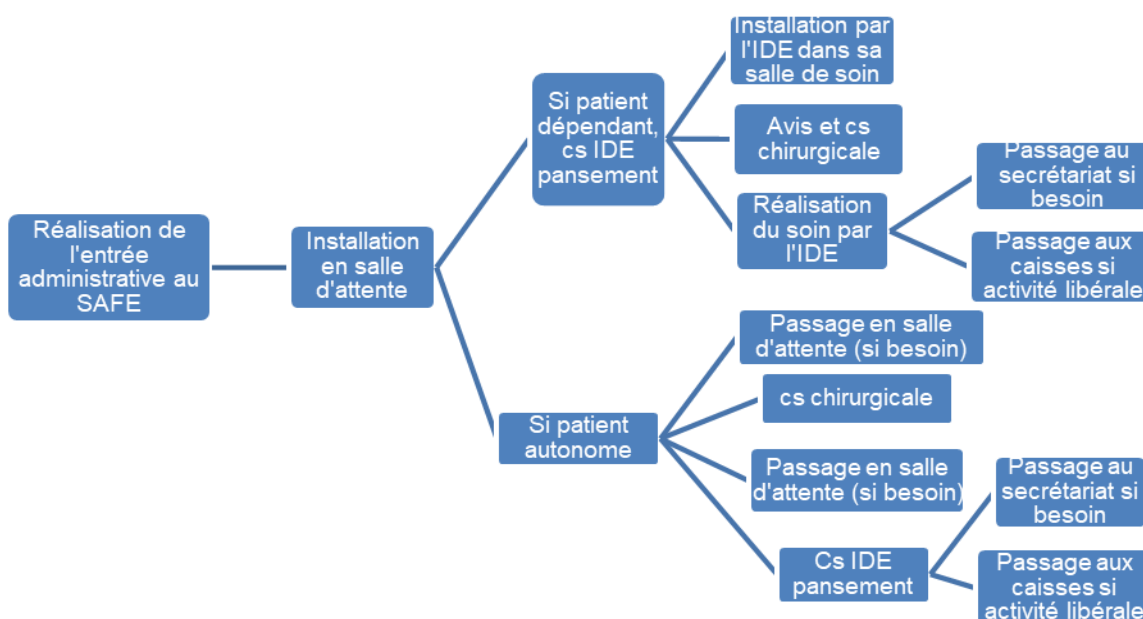
Comme pour la consultation d'annonce infirmière, cette activité n'est pas financièrement valorisée. Et pourtant, le bénéfice est majeur.

La consultation pansement

La prise en charge d'un patient porteur d'une plaie est pluridisciplinaire avec un rôle du binôme médecin/infirmier déterminant. L'élaboration du diagnostic qui permet de définir un traitement étiologique à lui seul ne suffit pas ; le choix du pansement approprié au bon moment et à tous les stades de la plaie garantit une évolution optimale, préservant la **qualité de vie du patient**, bien souvent impactée par une plaie qui peut devenir chronique. La prise en charge des plaies, qu'elles soient aiguës ou chroniques, relève aujourd'hui d'un ensemble de **savoir-faire regroupant des savoirs théoriques et pratiques étayés par des recommandations d'experts, elles-mêmes, validées par des démarches scientifiques.** C'est pourquoi, au sein de notre service de consultations externes de chirurgie digestive et vasculaire, d'un commun accord avec les chirurgiens et l'équipe paramédicale, j'ai choisi de restructurer l'activité pansement.

Aujourd'hui, en digestif, elle se fait rapidement, au décours de la consultation du chirurgien, pressant un peu le patient, car il faut installer un autre patient dans la salle de consultation pour ne pas que le chirurgien attende. En vasculaire, cette activité est réalisée à partir de la liste de patients à voir par le chirurgien ; elle est chronophage, car désorganisée et ne permet pas aux infirmières de mettre à profit l'ensemble des compétences acquises lors de leur formation notamment, et ainsi les reconnaître dans leur travail. Elles sont plus perçues comme des « **tâcheronnes** ». Il est donc nécessaire de structurer cette activité.

Le parcours patient



Le patient réalise son entrée administrative au SAFE puis il se dirige vers la salle d'attente identifiée. S'il s'agit d'un patient dépendant, l'infirmière l'installera dans la salle de soin, en informera le chirurgien qui se déplacera auprès du patient pour effectuer sa consultation. L'infirmière réalisera alors le soin puis accompagnera le patient vers la salle d'attente. Elle remettra à la secrétaire les consignes de sortie via la feuille de transmission si le patient ne peut le faire lui-même. La secrétaire organisera donc un rendez-vous, remettra la convocation au patient et appellera son transport. Si le patient est autonome, il patientera dans la salle d'attente. Le chirurgien viendra le chercher. Il l'invitera à patienter dans la salle d'attente si l'infirmière n'est pas disponible. L'infirmière viendra à son tour le chercher et réalisera le soin, puis le dirigera vers la secrétaire avec la feuille de transmission mentionnant la nécessité d'un autre rendez-vous ou pas.

Les outils fonctionnels

Aujourd'hui, il existe un agenda informatique de programmation, mais il est mal utilisé. Il faut l'optimiser en le structurant et définissant des plages déterminées en temps et **des plages d'urgences**. Ceci pour éviter de désorganiser cette consultation comme cela est actuellement le cas ; en plus, cette possibilité ne fera que fluidifier le parcours patient qui n'aura plus à passer par le SAU (déjà bien embolisé), après accord chirurgical bien évidemment. Cela contribuera à améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient et la qualité de sa prise en soin, car très souvent, il s'agit de patients fragiles et fragilisés par la pathologie, la chronicisation de celle-ci et la douleur engendrée.

J'ai aussi, avec les équipes de consultation, **rencontré les secrétariats d'hospitalisation des spécialités concernées**, pour définir **les consignes de rendez-vous post-op nécessaires à noter** sur l'agenda informatique, afin qu'elles soient le plus exhaustives possibles pour faciliter le travail de l'infirmière et de la secrétaire dans cette consultation. Nous avons donc défini, ensemble, trois critères majeurs que sont le motif de la consultation post-opératoire, le type de pansement à la sortie d'hospitalisation et l'autonomie du patient. Ces informations devront être consignées dans l'agenda infirmier pour permettre à l'infirmière d'organiser au mieux la prise en soin du patient, que ce soit en termes de matériel ou de locaux.

La coordination

Une réflexion est en cours **pour coordonner l'agenda du chirurgien en consultation avec celui de l'infirmière**, pour éviter de faire perdre du temps aux uns et aux autres, comme c'est actuellement le cas aujourd'hui. L'idée est d'ordonner la planification des rendez-vous des patients en fonction des critères d'autonomie et du type de pansement. Notre leitmotiv est que **l'intérêt du patient devra être privilégié**.

Les perspectives

A terme, il serait souhaitable et souhaité par les équipes chirurgicales de permettre à l'infirmière d'avoir **sa propre consultation pansement sans être rattachée à celle d'un chirurgien**. Autrement dit, les patients qui seront vus en consultation pansement ne seront pas vus par le chirurgien, ce qui permettra de détacher du temps aux praticiens, et ainsi diminuer le temps d'attente pour avoir un rendez-vous avec eux. Dans cette perspective, il sera nécessaire de définir les types de pansements qui pourront être vus sans avis chirurgical, l'organisation (identification d'un praticien en cas de besoin pour un avis sur une plaie via un logigramme), le matériel (identification du matériel spécifique à certains pansements) et l'articulation avec les professionnels du secteur libéral.

Ce pourrait être le cas pour initier la mise en place des pansements par pression négative, VAC, à la consultation de chirurgie vasculaire. Jusqu'à maintenant, le patient est hospitalisé dans le service de chirurgie conventionnelle, embolisant un lit, dans un établissement qui vit quotidiennement la crise des lits, pour un soin nécessitant maximum 45 minutes de temps infirmier, du matériel spécifique, et une coordination des différents acteurs. Sans compter les risques pris par le patient quant à l'hospitalisation, car c'est bien à l'hôpital que le risque de contracter une infection est le plus grand, et sans parler du coût engendré par cette hospitalisation. Malheureusement, cette activité, certes valorisée par le codage sous forme d'AMI, n'est pas proportionnelle au temps passé pour réaliser cette activité. Une étude est donc en cours avec le contrôleur de gestion pour évaluer financièrement le bénéfice à réaliser ce type de soin en consultation ou dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Ce pourrait aussi être le cas pour les patients revenant régulièrement à la consultation chirurgicale pour suivre les plaies avec le dispositif de pansements par pression négative, VAC ; l'infirmière pourrait en assurer elle-même le suivi, faire des propositions d'amélioration de pansements et permettre au chirurgien d'assurer le suivi à distance via le déploiement d'un dossier photo partagé par patient. Et dans le cadre de la professionnalisation des équipes et la valorisation de leurs compétences, je pourrais réaliser une Evaluation des Pratiques Professionnelles, **EPP VAC**, qui serait une plus-value, et concourrait à la reconnaissance des infirmières par leurs compétences.

Si je vais plus loin dans ma réflexion, et dans la perspective du projet Plantagenet, peut-être pourrions-nous envisager de développer « **un centre de plaie et cicatrisation** », associant, à la fois, les compétences des infirmières de médecine et de chirurgie, puisque l'ensemble des consultations, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, seront réunies au même endroit. Ce modèle d'organisation permettrait de concourir à « *nourrir des perspectives de carrière diversifiées centrées sur le soin mais avec des accès à la recherche*⁶⁶ ». La mutualisation des compétences des professionnelles infirmières permettrait d'assurer un suivi global des patients souffrant de plaies aiguës et chroniques, et ainsi, éviter des temps d'attente relativement long entre une prise en charge pour une plaie aiguë et une plaie chronique. Ainsi, cette restructuration offrirait **de nouvelles perspectives d'évolution** aux infirmières de consultations externes de chirurgie digestive et vasculaire mais également aux infirmières de médecine.

Le déploiement de la consultation infirmière, à travers ces trois axes, offre donc une **structuration de l'organisation du travail** de chacun, avec **des rôles définis, des compétences identifiées et adaptées au travail réel donc aux besoins des patients.** Toute cette réflexion fait émerger un début de **coopération entre les différents partenaires** en interne et en externe, que la restructuration va renforcer. La formalisation des procédures, protocoles et des parcours patients contribuent à **la sécurisation des prises en soins** et à la **restauration d'une communication entre les différents métiers générant du bien-être au travail.** L'ensemble concourt à développer **une organisation apprenante**, centrée sur l'intérêt du patient.

Cette restructuration basée sur un **management organisationnel**, de ma part, est portée par la volonté de l'établissement **d'aller de l'avant.** Il est donc poussé par une logique de changement, d'adaptabilité de l'offre de soins et d'efficacité. Mais comme tout projet, il est nécessaire d'identifier les facteurs de réussite et les points de vigilance.

⁶⁶ Buzyn A. Stratégie de transformation du système de santé. Dossier de presse. [13 février 2018] ; 15 pages ; p.5. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/presentation-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>.

3.1.3 Les facteurs de réussite et points de vigilance

Les facteurs de réussite

L'intégration d'une compétence aide-soignante

Dans cette nouvelle organisation, **les professionnels de santé seront totalement recentrés sur leur cœur de métier**. Malgré tout, certaines activités vont rester, comme l'aide à l'installation des patients sur les tables d'examens pour les patients handicapés (amputés), à mobilité réduite ou âgés. De la même façon, l'hygiène des locaux entre les consultations du matin et d'après-midi, devra être réalisée pour respecter les règles d'hygiène et d'asepsie, ce qui, à ce jour, n'était pas effectué. Aussi, certains patients dépendants nécessitent de l'aide pour les accompagner vers les toilettes ou la réalisation d'un soin d'hygiène avant ou après un examen. Dans le contexte de rationalisation des moyens, il n'est pas question de créer un poste supplémentaire au sein des consultations externes de chirurgie. Par contre, en consultation d'urologie, l'équipe bénéficie de 2 ETP aides-soignants. **Je prévois de réaménager le temps aide-soignant sur ces consultations et le mutualiser à l'échelle des trois spécialités** que sont l'urologie, le digestif-plastique et le vasculaire-thoracique, spécialités plus proches d'un point de vue architectural, ce qui sera aussi le cas dans le nouveau bâtiment.

Puis j'envisage, dès janvier 2019, après le départ en retraite de deux aides-soignantes, de mutualiser l'ensemble des aides-soignantes sur le plateau technique des consultations. C'est pourquoi, nous avons aussi anticiper ce changement, pour lequel les professionnelles sont informées, en travaillant ensemble sur les compétences aides-soignantes, pour **supprimer les glissements de tâches** que j'avais constaté dans l'analyse des organisations. Nous avons donc élaboré la cartographie des compétences aides-soignantes (Annexe 30), en utilisant la même méthodologie que celle qui nous a aidé à formaliser la cartographie des compétences infirmières. Cette réflexion a aussi permis de retravailler sur les compétences attendues par les infirmières en urologie, qui, à ce jour, réalisaient une partie d'activité relevant de la compétence aide-soignante. Malgré tout, il me reste à réorganiser le temps de travail de l'infirmière en urologie.

Une organisation basée sur l'intelligence collective et le partage

Cette nouvelle organisation repose sur une vision systémique telle que l'a décrite Peter Senge⁶⁷. Effectivement, j'ai tenté d'élaborer une « **organisation intelligente** », c'est-à-dire une organisation permettant aux professionnelles **de développer sans cesse des capacités nouvelles** pour atteindre leurs objectifs, comme l'optimisation de la prise en charge de la douleur via de nouvelles techniques de soin telle **l'hypnose**, demandées, suite à toute cette réflexion, par certaines infirmières. Cette organisation offre la possibilité aux professionnelles **d'appréhender de nouveaux modes de pensées, basés sur le collectif**, notamment dans le cadre d'échanges de pratique en oncologie ou lors de la prise en soin des plaies.

Elle permet aussi d'encourager des aspirations collectives, où les professionnelles vont apprendre ensemble en partageant leurs expériences, difficultés, réussites notamment lors des temps de formation-action avec leurs collègues d'hospitalisation, mais aussi lors des rencontres avec leurs homologues de ville, qui restent à structurer. Effectivement, chaque année, l'établissement organise des rencontres avec la ville. Il me faudra me saisir de cette opportunité pour faciliter les échanges de pratiques, à travers des ateliers que nous pourrions proposer.

⁶⁷ Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas A. Partie 1 : Les changements continus « In ». Conduite du changement : concepts clés. Paris : Editions Dunod ; 2014 ; pages 65 à 70.

Le développement de la coopération

« La réussite de la modernisation de l'institution hospitalière passe par une conviction partagée d'agir en étroite collaboration avec l'ensemble des personnels⁶⁸ ». Comme le dit l'ANAP, il est important de travailler à une plus grande **interaction entre les métiers administratifs et ceux du soin pour optimiser la coopération et rendre les parcours de soin plus efficaces**. « Le travail à exécuter doit être réparti entre les individus d'une manière assez claire pour que l'un n'empiète pas sur l'autre⁶⁹ ». Comme nous l'avons constaté dans l'analyse, certaines tâches sont à la fois réalisées par les secrétaires médicales et l'infirmière avec des vérifications du travail des unes et des autres. D'une part, cela est contraire à la coopération, entraîne une perte de temps et d'efficacité, et d'autre part cette façon de faire est source de conflits dans les équipes. Comme le dit Christophe Dejourn, « pour qu'il y ait une coopération, il faut une relation de confiance et une visibilité des activités⁷⁰ », ce que cette nouvelle organisation permet. Effectivement, chacun des professionnels a pu identifier ses tâches réelles pour ensuite organiser un remaniement consensuel et ainsi élaborer des règles de travail partagées par tous, permettant d'instaurer la confiance.

Ainsi, chacune des professionnelles dispose dans sa fiche de poste de l'identification des activités réelles à effectuer. Il reste à ma collègue encadrante des secrétariats, à travailler la cartographie des compétences des secrétaires médicales nécessaires pour réaliser les activités attendues.

Un parcours patient fluide, lisible et pertinent

La lisibilité du parcours patient général, dont les différentes étapes ont été définies et validées en comité ARC constitue un autre facteur de réussite. Effectivement, **la clarification** de celui-ci, avec et auprès de l'ensemble des professionnelles, renforce la structure de notre organisation de travail et nous permet **d'identifier, à la fois, les différents temps de prise en charge du patient, les différents acteurs et les moments d'intervention de ceux-ci**.

Nous en avons donc défini 5. Le premier temps est d'ordre administratif avec la prise de rendez-vous physique, téléphonique ou informatique auprès du BCRV ou de l'accueil du secrétariat de spécialité ; l'envoi ou remise d'une convocation sous forme de courrier, courriel ou en main propre ; la préparation du dossier patient pour la consultation par la secrétaire référente de la spécialité avec l'objectif de dématérialiser le plus possible ; l'accueil administratif du patient par le SAFE. Le deuxième temps s'articule autour de l'accueil et l'installation du patient dans la zone de consultation. Le troisième temps est la consultation chirurgicale. Le quatrième temps est consacré à la prise en soin du patient par l'infirmière (de coordination-information et/ou pansement). Le dernier temps est dédié à la finalisation de la consultation par la secrétaire médicale. Les trois parcours patients que nous avons identifiés pour les activités infirmières tiennent compte du parcours patient général.

La professionnalisation des infirmières

Pendant des années subordonnées aux besoins du médecin, l'infirmière a progressivement cherché à construire son identité propre en étant à l'écoute des besoins spécifiques des patients. A l'intersection entre les évolutions médicales et sociétales, l'infirmière a pris de plein fouet les changements de fond de notre époque. Longtemps associée au curatif (cure), essentiellement technique, l'infirmière s'attache, aujourd'hui, de plus en plus au « prendre soin » (care), avec une dominante relationnelle, ce qui en fait toute sa complexité car souvent tiraillée entre ces deux notions.

⁶⁸ Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault. Mai 2001 ; 417 pages ; p.93.

⁶⁹ Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil. 1985 ; 378 pages ; p.119.

⁷⁰ Dejourn C ; la souffrance au travail ; 26 mars 2016 ; Vidéo ; In : You tube ; Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=WZ55AVbAFM8>.

La professionnalisation, processus d'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle, **est un moyen permettant à l'infirmière de se construire son identité professionnelle, ce que ce projet s'est aussi attaché à construire.** L'identification des emplois et des compétences me permet donc de mieux mesurer les besoins de professionnalisation et leur évolution pour mettre en œuvre des réponses de formation de Développement Professionnel Adapté, DPC. La GPMC est au service de la dynamique de professionnalisation. « *Elle est un des moyens pour manager le quotidien tout en tenant compte de l'avenir*⁷¹ ». De plus, « *elle répond à la demande des usagers en étant un facteur d'amélioration de la qualité des prestations*⁷² ». Ce dispositif a été initié par la loi HPST en 2009, et adapté par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016.

Forte de ses compétences et expériences diverses, l'infirmière va gagner en confiance, en autonomie ce qui va renforcer sa motivation et lui ouvrir des perspectives d'évolution. Effectivement, le déploiement de la consultation d'annonce infirmière pourra être une amorce à la **création du métier d'infirmière clinicienne**⁷³, et d'asseoir ce nouveau métier sur une formation universitaire de niveau master. La création du **métier d'infirmière clinicienne est une innovation** qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé, qui, avec la formation universitaire reconnaîtra la possibilité à une infirmière de réaliser des **pratiques dites avancées**, au-delà du métier socle d'infirmière. Elle permettra de mieux répondre aux besoins de la population en cohérence avec les évolutions de l'organisation des soins. Les évolutions technologiques dans le champ de la cancérologie, le développement de l'ambulatoire en particulier en chirurgie, la complexification des soins en chimiothérapie et thérapies ciblées, nécessitent de renforcer la coordination des soins et la présence de personnels infirmiers investis de prérogatives et d'un champ d'autonomie élargi. Ces infirmiers cliniciens seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'examen de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques.

La professionnalisation peut être considérée comme une innovation sociale forçant les institutions à mettre en place un système de soin plus humain et plus adapté à la réalité du terrain. Le rôle central du soignant dans son évolution et dans la réhumanisation de notre système de santé est aujourd'hui indispensable. **La place à une autre forme de soin, plus sociale et plus préventive, prend le pas sur la dimension curative et correspond plus aux nouvelles exigences d'efficacité des soins, portées par l'utilisateur.** Ainsi, la professionnalisation des équipes va concourir à **la reconnaissance au travail.** Cependant, pour accompagner la professionnalisation des équipes, il est indispensable de bénéficier d'un processus d'évaluation pertinent, car « *l'individu a besoin qu'on lui dise ce qu'il vaut, qu'on le rassure sur ses capacités, sur sa consistance, et même sur son identité*⁷⁴ ».

Le développement d'un collectif de travail

Prendre en soin un patient résulte de l'aboutissement d'une prise en charge collective. Cette prise en charge doit être coordonnée notamment dans l'anticipation des temps conjoints et/ou successifs médicaux et paramédicaux. Il est donc nécessaire de synchroniser l'ensemble de ces temps pour fluidifier et faciliter le parcours patient. C'est pourquoi, j'ai travaillé avec l'ensemble des équipes pour bénéficier **d'un engagement du binôme médico-soignant** à la consultation pour à la fois, renforcer la qualité des soins et du service rendu au patient, mais aussi améliorer les conditions de travail. Tout cela en **optimisant la synergie des différents temps de travail** pour rendre nos organisations plus efficaces, et mettre de côté le rapport de force pouvant exister entre le binôme médecin-secrétaire et les infirmières. C'est ce qu'on

⁷¹ Raoult N, Pelosse J. La GPEC : levier d'employabilité et de compétitivité. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons ; 2011 ; 326 pages ; p.156.

⁷² Raoult N, Pelosse J. La GPEC : levier d'employabilité et de compétitivité. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons ; 2011 ; 326 pages ; p.179.

⁷³ Plan cancer 2014-2019, article 4.1, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé et Geneviève Fioraso, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche ; 149 pages, p.43.

⁷⁴ Aubert N. L'individu hypermoderne. Toulouse : Editions Erès ; 2004 ; 444 pages ; p.192.

appelle **la convergence médico-soignante**. Cette démarche a été travaillée avec l'ensemble des professionnelles qui interviennent auprès du patient, les chefs de services et les chirurgiens référents des deux spécialités concernées, avec une présentation régulière de l'avancée au cadre supérieure de santé et au COPIL du projet ARC. Car comme le disent Yves Clot et Michel Gollac, « *les organisations apprenantes font une large place aux discussions régulières et organisées sur les conditions de travail et l'organisation du travail, notamment avec la hiérarchie. La bonne organisation ne se décrète pas et ne s'octroie pas : elle se négocie et se co-construit*⁷⁵ ».

L'accompagnement par le manager

Le rôle de l'encadrement est primordial pour assurer la réussite de ce projet. Il est aussi **le porteur** et celui qui va **maintenir le sens aux actions menées** pour maintenir **l'investissement des équipes**. Il est à **l'interface** entre le patient, les équipes soignantes, les praticiens et l'équipe de direction. Accompagner, c'est être **à côté du professionnel** tout en lui laissant une place, **sa place**. Comme le dit Maela Paul⁷⁶, formatrice consultante, l'accompagnement combine trois rôles ; « **conduire** », c'est-à-dire solliciter la mise en mouvement des équipes, « **guider** » dans le sens d'apporter une aide au choix d'une direction dans la réflexion tout en laissant les professionnelles exprimer leur point de vue ; et « **soutenir** » les efforts des professionnelles impliquées dans les réunions de travail et la nouvelle activité : la consultation d'annonce infirmière. Ces trois actions sont amorcées dans ce projet. D'abord dans l'élaboration de la réflexion qui a permis beaucoup d'échanges constructifs, puis le guide apporté par mes expériences et le lien alliant les orientations de l'établissement et les souhaits des professionnelles, et enfin, le soutien qui se fait tout au long du projet, du déploiement jusqu'à sa réussite.

En ce qui me concerne, je suscite le questionnement des soignants pour comprendre et apporter des solutions en collectif tout au long de la démarche. Je m'appuie sur mes savoirs et mes expériences pour accompagner les professionnelles de soins à **mobiliser leurs savoirs expérientiels**. Par cette posture, je les aide à développer la réflexivité pour justement conserver du sens à leurs pratiques soignantes. Pour ce faire, je me sers du travail effectué avec l'infirmière tutrice des étudiants infirmiers, qui nous a permis de mettre en œuvre l'analyse réflexive. Ce travail est un levier pour développer la réflexivité des professionnelles et ainsi créer du lien entre la théorie, que nous avons élaboré, et la pratique que nous allons mettre en place.

Ainsi, ce processus permet de développer une **culture commune et favorise le développement professionnel et l'amélioration des pratiques**. Cet accompagnement peut s'assimiler à du coaching quotidien. Cependant, j'ai conscience que cette posture réflexive n'est pas toujours facile à obtenir, pour des professionnelles parfois dépassées par la charge de travail.

Les points de vigilance

La nécessité d'un espace dédié aux consultations infirmières

Ce projet managérial de réorganisation des services de consultations externes nous amène à développer la professionnalisation des équipes au sein de deux spécialités dans des **locaux exigus** ne facilitant pas le déploiement de cette nouvelle organisation. Il nous faudra user **de stratégies d'adaptation puisque dans ces locaux, sur ces deux spécialités, l'infirmière**

⁷⁵ Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Editions Armand Colin. 2014 ; 2017 ; p.114.

⁷⁶ Beaudet N, Dufour R, Lecavalier M. L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique. Santé Publique 2014/3 (Vol. 26). Editions SFSP ; pages 317 à 321.

ne disposent pas de bureau infirmier, et une seule salle de soin pour réaliser ses activités.

Aussi, il m'aura fallu convaincre mon institution pour adapter les locaux dans le nouveau bâtiment puisque là aussi, il n'était prévu, initialement, qu'un seul bureau infirmier pour les spécialités d'urologie, de digestif-plastique, et de vasculaire-thoracique, alors que les activités sont croissantes et nécessiteront des espaces pour permettre aux infirmières de réaliser et légitimer leurs activités de coordination-information, de consultation pansement, de consultation d'annonce et de consultation RAAC.

Les moyens humains alloués

A ce jour, je n'ai **aucune connaissance des ressources humaines qui me seront allouées pour faire fonctionner les consultations.** Ce que je sais, dans le cadre du projet institutionnel, c'est que celui-ci devait se faire à moyen constant. Malgré tout, lorsque j'ai rencontré la DRH pour identifier les ressources humaines nécessaires pour assurer l'ensemble des activités existantes, le calcul effectué par mon collègue, a mis en évidence une insuffisance de professionnelles, aujourd'hui, sur le terrain. Je suis dans l'attente de la décision de la DRH, mais je ne pourrai réduire les effectifs actuels. Ceci dit, afin d'organiser la phase test, j'ai apporté des modifications aux plannings des infirmières, pour ainsi adapter leur présentisme aux nouvelles activités.

L'individualisme au détriment du collectif

En tant que manager, malgré un engagement des équipes chirurgicales, il me faudra rester vigilante sur **les enjeux de pouvoir**, notamment concernant certains praticiens à l'égard de certaines professionnelles, qui, par des comportements individualistes, pourrait tenter de mettre à mal cette organisation. Il me sera donc nécessaire de rappeler les règles de fonctionnement et l'ensemble des décisions prises de façon collégiale pour bien asseoir cette restructuration.

La place de chacun dans cette nouvelle organisation

Cette nouvelle organisation risque de générer un peu d'heures supplémentaires dans les premiers mois, le temps que chacun trouve sa place et son organisation. Cependant, il me faudra être vigilante si les heures supplémentaires perdurent au-delà de trois mois. Dans tous les cas, il me faudra les analyser pour identifier les problématiques, afin de réfléchir avec l'équipe aux solutions pour y pallier.

L'accompagnement pour la cancérologie

Il faudra aussi organiser des temps de rencontre régulier avec les professionnels de santé pour faire le point notamment dans le cadre des consultations d'annonce infirmière, car il s'agit d'une activité difficile et parfois éprouvante. Avec la responsable du réseau des 3C, nous avons prévu une prochaine rencontre, afin d'organiser des temps de parole pour les professionnelles du dispositif d'annonce et des temps d'échange sur des dossiers compliqués en présence d'une psychologue.

Pour bien asseoir le changement organisationnel, il est nécessaire de changer le regard de chacun sur l'organisation. Et cela passe par un changement fonctionnel, culturel et politique.

3.2 La transformation de l'organisation de travail

3.2.1 Le changement fonctionnel, culturel et politique

L'indissociation entre les compétences et l'organisation du travail induit donc l'importance de la réflexion sur nos organisations de travail réel, afin qu'elles soient pertinentes pour aider nos collaborateurs à accéder à un niveau de compétence optimal, mais pour cela, il faut **modifier la représentation que l'on en a**. « *Changer une organisation, c'est changer le regard, la vision qu'ont les collaborateurs*⁷⁷ ». Tout l'enjeu a consisté à accompagner l'ensemble des équipes vers une nouvelle organisation au service de chacun des professionnelles, du patient et de l'institution. Hier, le soignant voyait son rôle comme un facilitateur du travail du chirurgien, puisque c'est ce dernier qui ramène l'activité. Aujourd'hui, les professionnels médicaux et paramédicaux ont souhaité construire et développer une véritable coopération au service des uns et des autres, et avant tout, au service du patient.

Le changement de regard sur les organisations relève de trois dimensions : « l'une fonctionnelle, l'autre culturelle et la dernière politique⁷⁸ ». Mon projet managérial touche les trois dimensions.

Le changement fonctionnel aura pour paramètre de conception **une organisation apprenante**, avec l'adaptation du travail aux professionnelles, une cartographie des compétences répondant aux situations clés, le développement d'un collectif de travail, la pleine utilisation des compétences des professionnelles de santé (soin, créativité, changement d'outils, procédures...), le développement de la coopération entre les différents professionnelles, l'élaboration de règles de fonctionnement partagées par tous, la définition des frontières de l'organisation (les ressources humaines resteront à l'intérieur de cette organisation) et le choix d'une division horizontale.

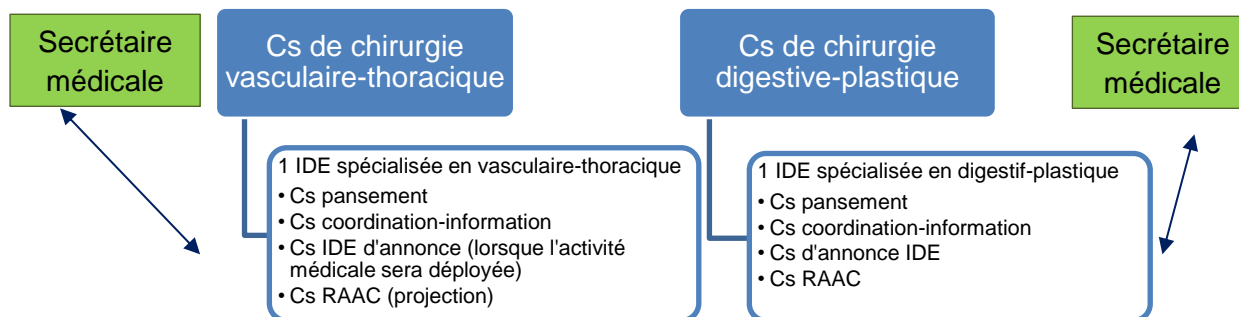
Notre scénario d'organisation, basé sur le développement de la consultation infirmière, repose sur trois 3 maquettes. Il faudra faire le choix entre **la spécialisation ou la polyvalence**. Il nous faudra donc tester les trois maquettes, lors d'une phase expérimentale, prévue en juin 2018, présentée dans le planning de Gantt en Annexe n°15, et réaliser une évaluation pour chacune d'entre elles, à partir d'indicateurs, pour ensuite définir la maquette la plus appropriée.

Les trois processus sont les suivants :

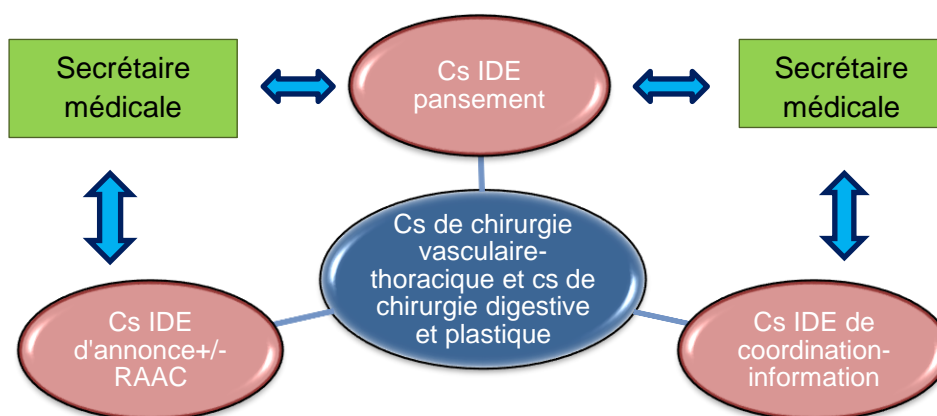
Maquette 1 : Un processus axé sur **la spécialisation** dans lequel l'infirmière effectue l'ensemble des 4 consultations sur une spécialité (soit digestive-plastique soit vasculaire-thoracique) dans une journée de travail. Ce scénario sera testé sur une période de quinze jours à compter du 04 juin 2018.

⁷⁷ Dumond J-P. « Transformer les organisations ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 1.2 ; [réalisé le 24 janvier 2018].

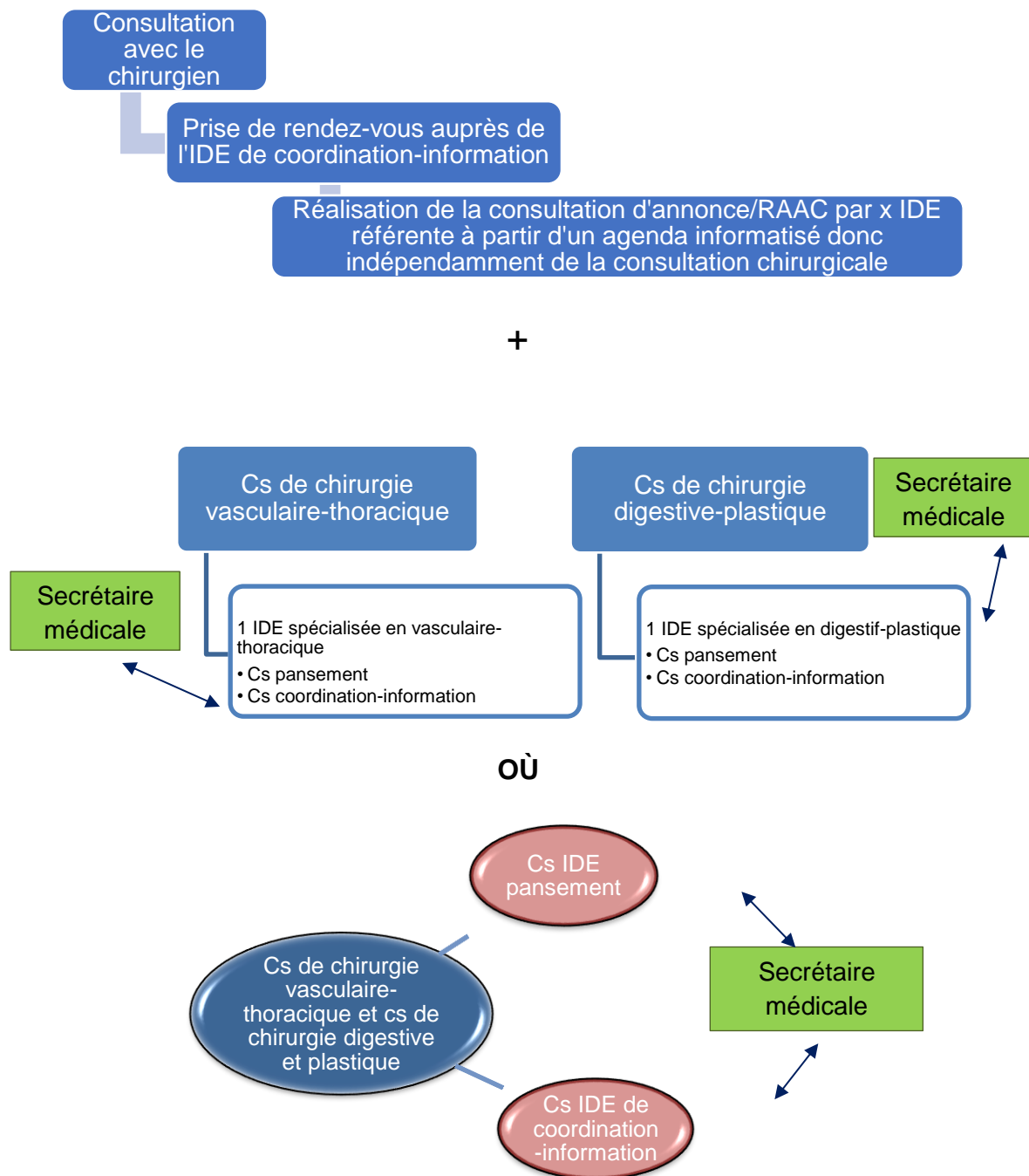
⁷⁸ Dumond J-P. « Transformer les organisations ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 1.2 ; [réalisé le 24 janvier 2018].



Maquette 2 : Un processus axé sur la **polyvalence** dans lequel l’infirmière réalise un type de consultation par jour sur les 2 spécialités chirurgicales (digestif-plastique et vasculaire-thoracique). Par exemple, le lundi, elle fera la consultation pansement pour les deux spécialités, le mardi la consultation coordination-information pour les deux spécialités, le mercredi elle effectuera les consultations d’annonce et le jeudi elle effectuera la consultation RAAC. Ce scénario sera testé sur une période de 15 jours à compter du 18 juin 2018.



Maquette 3 : La consultation d’annonce et la consultation RAAC sont effectuées par quelques infirmières volontaires et prêtes à se former sur les deux spécialités. Ces infirmières assureront également les autres consultations les jours où il n’y aura pas de consultation d’annonce ni de consultation RAAC. Les autres infirmières de l’équipe effectueront uniquement les autres types de consultation, soit axées sur la polyvalence soit axées sur la spécialisation. Ce scénario sera testé sur une période de 15 jours à compter du 02 juillet 2018.



Le changement culturel :

L'intérêt d'avoir travaillé l'organisation avec les équipes a donné du sens, de la synergie et une cohérence aux actions à mener, et a aussi facilité leur adhésion et appropriation de la démarche. Cette méthodologie a contribué à accompagner le changement culturel. Nous sommes partis des pratiques pour aller vers la conceptualisation par le groupe. Comme l'a dit Guy Le Boterf, « *une organisation laissant place à l'initiative ouvrira la possibilité de construire de véritables compétences combinant plusieurs savoir-faire et d'aller au-delà des procédures. A telle organisation de travail, telle possibilité de création de compétences*⁷⁹ ».

⁷⁹ Le Boterf G. Evaluer les compétences : quels jugements ? quels critères ? quelles instances ? Education permanente n°135 ; 1998-2 ; 150 pages, pp. 140 à 150.

D'ailleurs, l'ensemble des professionnelles travaillant sur le plateau des consultations en chirurgie digestive et vasculaire ont fait le choix de participer à la réflexion de cette nouvelle organisation, y compris les deux professionnelles proches du départ à la retraite. Elles se sont **relayées** pour participer aux réunions prévues, avons mis en place une **boîte à idée** pour permettre à chacune de donner leurs avis et un outil, reprenant l'ensemble de la démarche et les avancées régulières, pour permettre à chacune des professionnelles de suivre le projet et **d'interagir en continu**. Chacune a été force de proposition. La formalisation de cette nouvelle organisation résultera du choix du scénario qui sera fait après la phase test. Il faudra, par la suite, définir les modalités de contrôle des ressources via l'élaboration des règles de fonctionnement. Ce changement culturel doit nous permettre de proposer une **organisation apprenante, centrée sur le patient** et non sur le praticien, **alliant la coopération pluridisciplinaire, la responsabilisation de chacun et la reconnaissance des compétences de chaque métier**.

Le changement culturel **doit aussi s'effectuer au sein de la population accueillie** au CHM. Effectivement, comme je le précisais au début de ce travail, les Sarthois sont relativement « frileux » quant au développement de la chirurgie ambulatoire. Ils ont besoin d'être rassurés et sécurisés, particulièrement la population âgée qui, dans des zones rurales lointaines, se retrouvent isolées avec des enfants relativement éloignés géographiquement. **Cette organisation centrée sur le patient, va accompagner ce changement culturel de l'usager**, ne serait-ce par la personnalisation des prises en soins, l'optimisation des compétences des professionnelles, qui auront ainsi gagné en confiance et en mise en confiance d'autrui, et **l'identification d'un professionnel à chaque étape du parcours patient**.

L'action politique retenue a été, avant tout, **la coopération avec l'ensemble des praticiens, partie prenante du projet**. Avec le président de CME, chirurgien vasculaire, il a fallu négocier, dans un premier temps, sur la nécessité de travailler au changement pour permettre à chacun de se sentir satisfait au travail, et ainsi, diminuer les tensions. Faisant parti de celui qui a constitué un binôme fort avec les secrétaires, j'ai utilisé le mal-être de celles-ci, relaté lors de l'audit réalisé pour cette raison, pour l'amener à se rallier à la réflexion. Puis, ce chirurgien ne faisant pas l'unanimité auprès de ses confrères ni de l'institution, je me suis servie de cet affaiblissement pour imposer le projet de réorganisation et les choix envisagés, validés par les paramédicaux et autres médicaux. Lui souhaitait une organisation verticale, pour le servir lui individuellement, ce qui n'a pas été proposé ni retenu par ses confrères. Lui, qui ne souhaitait pas participer à l'écriture des procédures et protocoles a, malgré tout, participé à sa façon en demandant à les relire pour émettre son avis. Malgré tout, **il me faudra rester très vigilante**, car il a pour habitude de modifier régulièrement ses propos et mécanismes de pensées.

Pour initier et assurer la pérennité de cette organisation apprenante, il est nécessaire de construire un plan de formation.

3.2.2 Un plan de formation nécessaire

Autrefois, les Etablissements de santé étaient assimilés à des centres d'hébergement charitable destinés à accueillir des indigents. **Aujourd'hui, l'hôpital est devenu une « entreprise » de soins à haute technicité**, ouvert à tous, et nécessitant de nouveaux savoirs et savoir-faire pour accompagner les nouvelles technologies au service des patients. Il est donc indispensable d'organiser **un plan de formation** pour permettre de suivre les évolutions, à la fois, technologiques et de soin. Celui-ci devra permettre aux soignants de déployer cette nouvelle organisation en toute sécurité, demande réitérée à plusieurs reprises par les professionnelles. « *Un travail de production de sens conduit les différents protagonistes à remodeler par eux-mêmes les pratiques de coordination en vigueur et à faire évoluer le*

« système l'inscrivant ainsi dans un processus d'apprentissage organisationnel⁸⁰ ». Ainsi, nous avons défini 2 plans d'actions, précisé dans le planning de Gantt : **une formation action sur le terrain et une formation via le service de formation continue du CHM.**

La formation action

La formation action en hospitalisation

Elle se fera dans les services d'hospitalisation de chirurgie digestive et vasculaire au contact des professionnelles infirmières. Elle sera donc organisée avec mes collègues cadres de ces unités, avec leur accord et celui des cadres supérieures de santé. Je détacherai des infirmières dans les services d'hospitalisation les jours où les chirurgiens sont moins nombreux à la consultation, afin de ne pas la désorganiser. D'autre part, je prévois 2 jours par infirmière dans chacune des spécialités pour refaire le point sur les compétences pansements et les connaissances inhérentes à ces spécialités. Les infirmières concernées sont celles qui interviennent sur ces spécialités et qui ont quitté les services de soin depuis au moins 3 ans. Elles sont donc au nombre de 6 sur 7. La dernière, arrivée en mai 2017, a demandé à bénéficier de cette formation action, car elle n'a pas suffisamment de connaissances en chirurgie digestive et vasculaire, puisque son expérience est essentiellement en urologie. **Cette formation permettra donc d'optimiser les compétences des infirmières de la consultation, et ainsi renforcera qualitativement les informations qui seront données au patient lors de la consultation de coordination et d'information.**

La formation action auprès de métiers spécialisés

Pour faciliter l'acquisition des compétences nécessaires à la réalisation de certains pansements type escarre, brûlure, et dans la perspective de faire évoluer la consultation pansement, **une journée par infirmière sera, en plus, organisée avec l'infirmière stomathérapeute.**

Une formation action sera aussi organisée avec le laboratoire, avec lequel nous travaillons en partenariat, pour la mise en place de la vacothérapie.

La formation action en cancérologie

Pour développer les compétences nécessaires à la réalisation de **la consultation d'annonce infirmière, j'envisage d'organiser des temps d'accompagnement des infirmières de la consultation externe de chirurgie avec des infirmières qui ont déjà cette compétence,** notamment avec le service de consultation ORL ou d'urologie. En fonction du scénario qui sera retenu, nous définirons le nombre d'infirmières à bénéficier de cette formation action. L'acquisition de ces compétences nouvelles devront être évaluées après la campagne d'évaluation 2018 avec une évaluation en situation.

⁸⁰ Nizet J, Pichault F. La coordination du travail dans les organisations. Editions Dunod. Avril 2012 ;126 pages ; p.111.

La formation institutionnelle

Des formations issues de la formation continue

Elle sera orientée sur des formations proposées par la formation continue du CHM. Les thèmes retenus sont « **les plaies et cicatrisation** », « **l'annonce d'un diagnostic grave** », « **la consultation d'annonce infirmière** » et « **le raisonnement clinique** ».

Les demandes seront faites au fur et à mesure de la publication de ces formations par le CHM. La formation au raisonnement clinique et la formation plaies et cicatrisation concerneront l'ensemble des infirmières.

Pour les deux autres formations, cela dépendra du scénario retenu. Il faudrait, dans la mesure du possible, pouvoir envoyer 2 infirmières en même temps à ces formations sachant qu'il y en a 2 par an. Nous pourrions donc envisager de former 2/3 de l'équipe cette année et 1/3 en début d'année 2019, ce qui permettrait à l'équipe d'être totalement prête pour l'ouverture du bâtiment en 2019.

Des référentes par thèmes

Par ailleurs, nous avons aussi défini dans les groupes de travail d'identifier des professionnelles référentes au niveau institutionnelle pour les groupes « **escarre-plaies et cicatrisation** », « **douleur** », « **hygiène** » et « **3C** », afin de permettre au groupe de se maintenir, constamment, informé des évolutions et ainsi, assurer la pérennité de l'organisation dite apprenante.

Des opportunités à développer

Nous avons l'opportunité au CHM de bénéficier d'une **technologie pédagogique dynamique appelé le CAp'Sim**. Ce dispositif consiste à créer un environnement réaliste pour placer le professionnel face à des situations professionnelles authentiques. Je pense que nous pourrions utiliser cette ressource pour élaborer un centre de simulation pour former les infirmières à la consultation d'annonce. Ce serait, **une démarche innovante** permettant de maintenir les compétences nécessaires à la réalisation de cette activité. Au cours de la première journée hospitalière de cancérologie, j'ai évoqué ce projet auprès d'un des oncologues qui serait très favorable à ce projet.

Dans le cadre du projet ARC, une mobilité va être proposée à l'échelle de l'établissement, pour l'ensemble des professionnelles notamment les agents travaillant sur le secteur de consultation. Il est donc nécessaire de l'organiser et de l'accompagner.

3.2.3 Le processus de mobilité

« *Le changement conduit tout naturellement à la mobilité dont nous avons de plus en plus besoin dans nos unités, services ou fédérations pour permettre de concilier le progrès social avec la constance de qualité des soins que nous voulons offrir*⁸¹ ». Effectivement, toute modification dans, ou d'une organisation de travail induit une mobilité, mais il faut veiller à conserver un « noyau dur » et une forte cohorte de professionnelles polyvalents. **La mobilité doit s'organiser, afin de ne pas fragiliser une organisation**. Il faudra donc définir le nombre d'infirmières « piliers » donc référentes de spécialité et commencer par organiser la polyvalence des professionnels au sein du plateau technique de consultation. Cela constituerait un premier processus de mobilité.

⁸¹ San Jullian M. Changer son approche du changement. Objectifs Soins N°103. Février 2002 ; p. II à IX.

La polyvalence permet d'optimiser les compétences et ainsi pouvoir plus facilement changer les pratiques. **La capacité à s'adapter à de nouvelles pratiques n'a rien à voir avec l'âge d'un professionnel, mais est liée aux nombres de situations différentes vécues.** Il sera aussi nécessaire dans l'organisation de cette mobilité de déterminer un temps maximal sur chacun des rôles : pivot, polyvalents, et l'inscrire sur la fiche de poste. Ainsi, les professionnelles seront « cycliquement » exposées à des situations différentes, leur permettant de développer leurs capacités d'adaptation, indispensables à la fluidité, qualité, sécurité des soins, ce qui leur permettra aussi d'être valorisées, et de se voir **offrir des perspectives d'évolution dans le métier.** Une mobilité organisée imposera nécessairement la mobilisation régulière des savoir-faire facilitant ainsi l'optimisation des compétences, car « *le développement des compétences se fait en situation de travail*⁸² ». Un groupe de travail est initié au sein du CHM pour organiser cette mobilité à l'échelle de l'établissement.

Comme tout changement initié, il est important de prévoir un dispositif d'évaluation pour réajuster les actions, et ainsi en assurer la pertinence.

3.3 Le dispositif d'évaluation de cette nouvelle organisation

3.3.1 Les indicateurs de réussite

Pour permettre l'évaluation des trois scénarios proposés, le groupe projet a défini des **indicateurs de réussite qualitatifs et quantitatifs**⁸³ au nombre de huit. Six d'entre eux sont quantitatifs, il s'agit de **la satisfaction au travail des professionnelles, la satisfaction de l'utilisateur**⁸⁴, **la satisfaction des praticiens, l'absentéisme, le temps d'attente des patients avant une prise en soin et le nombre de patient mal informé arrivant en hospitalisation.**

La satisfaction des différents acteurs

Il sera donc nécessaire **d'élaborer des questionnaires de satisfaction simples et facilement exploitables pour les professionnelles et les praticiens.** L'idée étant de remettre un questionnaire à l'ensemble des acteurs concernés soit 13 chirurgiens et 7 infirmières. Pour l'utilisateur, le groupe projet a décidé d'utiliser le questionnaire de satisfaction institutionnel. D'ailleurs, il sera intéressant de mesurer l'écart entre l'évaluation faite en novembre 2017 et celle qui sera prévue à 6 mois du déploiement de cette nouvelle organisation. Il faudra aussi envisager une deuxième évaluation à 1 an, soit en juin 2019, juste avant le déménagement vers le nouveau bâtiment. Dans l'exploitation, j'envisage de solliciter l'aide de la direction qualité.

L'absentéisme

Il est révélateur comme indicateur de réussite, car les études montrent que celui-ci augmente consécutivement suite à un changement organisationnel. Il est de l'ordre de 7% en chirurgie et 11% en MCO. A la consultation, le taux d'absentéisme, en 2017, était de 4,3% pour les secrétaires et 0,9 % pour les infirmières. Il sera donc nécessaire de mesurer l'écart en tenant compte du motif de l'arrêt de travail ; pour ce faire, j'organiserai des entretiens de retour d'arrêts de travail pour identifier les causes de cet absentéisme et tenter d'apporter des

⁸² Marchand X. « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 24 novembre 2017].

⁸³ Pouvesle J. « Introduction au tableau de bord ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.2 ; [réalisé le 26 octobre 2017].

⁸⁴ Stratégie de transformation du système de santé. [Consulté le 18 février 2018]. Disponible : <http://www.gouvernement.fr/presentation-de-la-strategie-de-la-transformation-du-systeme-de-sante>.

solutions. Il faudra aussi mesurer le coût en chaîne, c'est-à-dire l'impact de l'absentéisme sur les autres éléments du contexte tels que le coût social mais aussi le coût financier.

Le délai d'attente des patients

Le délai d'attente moyen des patients avant une prise en soin est, aujourd'hui, très variable d'un chirurgien à l'autre. Il peut varier de 30 minutes en chirurgie digestive à 45 minutes en chirurgie vasculaire thoracique, voire plus. Là encore, **il sera nécessaire de mesurer l'écart et d'identifier les causes si le temps d'attente augmente.**

La coopération infirmière – secrétaire médicale

Il sera plus difficile de la mesurer, mais elle pourra s'évaluer sur **le terrain par l'observation des relations interprofessionnelles, la communication entre les différents acteurs** (respect, amabilité...) et aussi à l'aide du processus d'évaluation annuelle des professionnelles, à partir des situations prévalentes identifiées. Le questionnaire de satisfaction sera également une aide pour apprécier cet indicateur. De même, le respect des bonnes pratiques sera un autre moyen de le quantifier.

La convergence médico-soignante

Là encore, c'est un indicateur plus difficile à évaluer. Ceci dit, le questionnaire de satisfaction pourra y contribuer. De même, **la fluidité des prises en soin** sera un élément qui contribuera à son évaluation. Le respect de l'organisation via le logigramme sera aussi un élément permettant de mesurer cet indicateur tout comme le taux de sur sollicitation de l'infirmière par certains chirurgiens pour certains pansements par exemple. Il sera calculé en faisant le rapport entre le sentiment de sur sollicitation avec le nombre réel de sur-sollicitation.

L'évaluation de cette nouvelle organisation passe également par l'évaluation des compétences des professionnelles de santé.

3.3.2 Un processus d'évaluation formalisé et connu de tous

La compétence apparaissant sous l'angle de la mise en œuvre effective et non de la seule capacité, elle s'apprécie individuellement. **Le processus d'évaluation est donc un moyen d'ajustement tirant des leçons de la période écoulée et redéfinissant les objectifs et engagements de moyens pour celle à venir.** Pour réaliser les entretiens annuels d'évaluation, je vais pouvoir **utiliser les situations prévalentes** travaillées avec les équipes, et ainsi, effectuer une évaluation qui soit juste et équitable avec un processus connu de chacune des professionnelles. Ainsi, elle permettra d'actualiser de façon permanente les savoirs professionnels des personnels, l'élaboration d'un plan de formation personnalisé pour un individu répondant à une organisation, dans une institution, au service des prises en soin. Bien sûr, ce processus est une nouvelle pratique pour les professionnelles des consultations externes de chirurgie, et va nécessiter un temps d'explication et d'information. Cette méthode d'évaluation n'est qu'**une continuité à la démarche de restructuration des services de consultations externes de chirurgie**, et pourra être utilisée à l'échelle du plateau technique des consultations externes de chirurgie et d'anesthésie, dont je suis responsable.

Le CHM a décidé de déployer **le logiciel Gestform**, avec son module GPMC et formation, au sein de services pilotes. Celui-ci va me permettre d'accompagner le développement des compétences des professionnelles et faciliter la gestion du plan de formation. Il sera aussi un atout pour élaborer les parcours de professionnalisation. Pour adapter cet outil au plus près de l'existant, la direction des soins va lancer un projet de réflexion sur les compétences, et, dans le cadre de mon projet managérial, j'ai été sollicité pour y participer et, ainsi, faire le lien avec mon projet de Master 2. Ce logiciel ne sera qu'un outil d'aide à l'évaluation, il permettra cependant à l'encadrement de **redéfinir le concept de l'évaluation professionnelle**, d'en **élaborer un processus pertinent**, utile pour le soignant et l'organisation, et ainsi, **sortir de l'effet contrainte vécu par certains soignants et cadres de santé en redonnant du sens à l'action « d'évaluer »**. Comme tout changement, il va nécessiter un temps d'appropriation par les équipes mais aussi par l'encadrement.

4 Conclusion

Ce projet de modernisation du CHM doit lui permettre d'assurer, dans la durée, **la qualité de ce service public**, au meilleur coût, pour **conserver sa propre pérennité** en développant son efficacité, **offrir aux médecins un cadre d'exercice souple et valorisant pour les attirer**, et **développer des perspectives pour les professionnels non médicaux**.

Ainsi, tout le travail effectué sur les compétences m'a permis de **repositionner chaque soignant au cœur de son métier**, afin d'avoir les bonnes compétences, au bon endroit, au bon moment, pour réaliser la bonne activité, sans surcoût, et ainsi **maintenir la sécurité et qualité des prises en soin**. Aussi, je peux imaginer que ce travail pourra **contribuer à accompagner l'usager vers l'acceptation de la chirurgie ambulatoire sur notre territoire Sarthois**.

Le développement de cette organisation apprenante m'a permis de mettre en exergue l'importance et **la complémentarité entre les différents métiers déployés**, et les présenter comme des **atouts de reconnaissance du travail de chacun**, de **valorisation et de perspectives professionnelles**. Comme l'a dit Christophe Dejourn, « *la reconnaissance permet d'accroître l'identité et le sentiment d'utilité de l'individu dans une organisation*⁸⁵ » et ainsi lui permettre de construire sa carrière. Cette réflexion a aussi été l'occasion de mesurer l'importance de la **communication**, du **collectif de travail**, et la nécessité de toujours bien **formaliser les choses**, car nous sommes encore beaucoup trop dans une culture orale. Et comme le dit l'adage « *seuls les écrits restent* ». Elle m'a aussi aidé à **renouer le dialogue entre les différents métiers** et faire prendre conscience de la place de chacun dans cette organisation. Cette restructuration concourt à ouvrir l'hôpital sur l'extérieur.

La prochaine étape consiste donc à déployer ce modèle d'organisation structurée, centré sur le parcours patient et intégrant la reconnaissance des compétences, sur les autres spécialités du plateau technique, pour développer de nouveaux projets tels que le développement de la filière rapide en orthopédie et en urologie. Nous envisageons également d'adjoindre aux différentes consultations issues du projet, de nouvelles techniques de soins telles que l'hypnose. Celle-ci pourrait être l'occasion d'écrire un Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédicale, PHRIP⁸⁶, et ainsi concourir à compléter la professionnalisation des équipes soignantes, les valoriser et optimiser les soins aux patients. Ainsi, l'ensemble de ces projets permettront de **renforcer l'attractivité de notre établissement pour les patients et les professionnels**.

⁸⁵ Dejourn C ; J'ai très mal au travail ; 12 juin 2011 ; Vidéo ; In : You tube ; Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=yX9JPL0V3gc>.

⁸⁶ Instruction DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014. Annexe VII. [Consulté le 12 mars 2018]. Disponible : http://www.circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39138.pdf.

Tout au long de ce projet, je suis restée très vigilante pour **éviter d'engendrer des risques psychosociaux**, car le changement est anxiogène et peut provoquer une surcharge mentale. Aujourd'hui, les Etablissements de santé sont confrontés à la problématique d'accompagnement de l'allongement de la durée de travail pour des personnels exposés à des risques d'usure professionnelle croissants. Les restructurations ne doivent pas en être la cause, à condition que « *la recherche d'efficacité repose sur l'accroissement du capital humain et sa pleine utilisation via l'autonomie individuelle, la coopération et la prise de décision collective*⁸⁷ ». C'est ce que Lorenz et Valeyre appelle **l'organisation apprenante et la considère comme une organisation innovante**. Charge donc aux managers de rompre avec la frénésie de changement, de « ne pas désertier la gestion de l'activité réelle », pour justement prendre conscience des contraintes, les expliciter, les hiérarchiser, les faire remonter et ainsi, **développer une vision constructiviste**. Il faut donc favoriser le travail bien fait, et ne pas dissocier l'organisation de travail des compétences. **La professionnalisation des équipes soignantes pourrait-elle être un levier d'action pour faciliter le développement des organisations apprenantes et ainsi prévenir les situations d'usure professionnelle ?**

⁸⁷ Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Editions Armand Colin ; 2014 ; 2017 ; 243 pages ; p.99.

Bibliographie

Périodique :

Brun J.P, Dugas N. La mobilisation des ressources humaines. Revue Gestion HEC Montréal. Été 2005 ; Volume 30 ; p. 79-88.

Le Boterf G. Evaluer les compétences : quels jugements ? quels critères ? quelles instances ? Education permanente n°135. 1998-2 ; p. 140-150.

San Jullian M. Changer son approche du changement. Objectifs Soins N°103. Février 2002 ; page II-IX.

Livre :

Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Editions Berger-Levrault ; 2001 ; 417 p.

Aubert N. L'individu hypermoderne. Toulouse : Editions Erès ; 2017 ; 444 p.

Bernoux P. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil ; 1985 ; 378 p.

Crozier M, Friedberg E. L'Acteur et le système. Paris : Editions du Seuil ; 1977 ; 436 p.

Hammer M, Champy J. Le Reengineering : Réinventer l'entreprise par une amélioration spectaculaire de ses performances. Editions Dunod ; 1993 ; 247 p.

Lemanissier A-F. 100 ans d'histoire du Centre Hospitalier du Mans. Le Mans : Editions MBI ; décembre 1997 ; 140 p.

Nizet J, Pichault F. La coordination du travail dans les organisations. Editions Dunod ; 2012 ; 126 p.

Raoult N, Pelosse J. La GPEC : levier d'employabilité et de compétitivité. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons ; 2011 ; 327 p.

Chapitre de livre :

Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas A. Partie 1 : Les changements continus « In ». Conduite du changement : concepts clés. Paris : Editions Dunod ; 2014 ; p 1- 78.

Beudet N, Dufour R, Lecavalier M. L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique. Santé Publique 2014/3 (Vol. 26). Editions SFSP ; pages 317 à 321.

Clot Y et Gollac M. Individus en souffrance « In » : Clot Y et Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Editions Armand Colin ; 2014 ;2017, p. 5-44.

Clot Y et Gollac M. Limiter les risques « In » : Clot Y et Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris : Editions Armand Colin ; 2014 ; 2017 ; p. 93-132.

Communication dans un congrès :

Dr Dugay J, Dr Angoulvant C, Dr Hamdai F, Dr Cojocarasu O, Dr Empereur F. L'après cancer, une nouvelle étape « In » ; Comité de cancérologie. La première soirée de la cancérologie hospitalière. 29 mars 2018 ; Le Mans.

Mémoire EHSP :

Schoebel, N. Optimisation des consultations externes : un levier de la performance du CH des 4 villes [mémoire]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Rennes ; 2010.

Chastagnol, N. Pôle d'activité et contractualisation interne : un enjeu managérial pour le directeur des soins [mémoire]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Rennes ; 2004.

Cours :

Aminot I. « Le financement des Etablissements de santé ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.2 ; [réalisé le 23 janvier 2018].

Dumond J-P. « Transformer les organisations ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 1.2 ; [réalisé le 24 janvier 2018].

Letourneau D. « Stratégie Nationale de Santé ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.1 ; [réalisé le 03 octobre 2017].

Marchand X. « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 24 novembre 2017].

Marchand X. « Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 27 octobre 2017].

Marchand X. « Le Management des Ressources Humaines dans les transitions ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.3 ; [réalisé le 26 janvier 2018].

Pouvesle J. « Introduction au tableau de bord ». Cours M2-MOS 2017-2018 ; U.E 2.2 ; [réalisé le 26 octobre 2017].

Document extrait d'un site internet :

Analyse de l'hospitalisation hospitalière 2014. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2903/analyse_activite_hosp_regionale_2014_17.03.16.pdf.

ANAP. Activité du CHM. Hospidiag. [Consulté le 20 novembre 2017]. Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/hospi-diag->.

ANAP. Les transformations organisationnelles et virage ambulatoire. [Consulté le 08 novembre 2017]. Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/restitutions/detail/actualites/restitutions-2eme-cercle-transformations-organisationnelles-et-virage-ambulatoire-tova>.

ANAP. Améliorer la gestion des ressources humaines. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible : <https://www.anap.fr/ressources>.

ANAP. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible : <https://www.anap.fr/ressources/.../ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines>.

ARS Pays de la Loire. Le projet régional en santé. [Consulté le 08 octobre 2017]. Disponible : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-1ere-generation-2012-2016>.

ARS Ile de France. Projet régional de santé 2013-2017. [Consulté le 01 novembre 2017]. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/projet-regional-de-sante-2013-2017-0>.

Buzyn A. Stratégie de transformation du système de santé. Dossier de presse. [13 février 2018] ; 15 pages ; p.5. [Consulté le 18 février 2018]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/presentation-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>.

Cartographie de la Sarthe. Hospidiag Anap. [Consulté le 20 novembre 2017] ; Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/hospi-diag-1>.

Démographie médicale. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : <http://www.adcf.org/files/Public--publications/AdCF-RapportSanteTerritoires-Light-ok.pdf> ; pages 11 et 12.

Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/.../ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines>.

INSEE. Statistiques. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2539594>.

Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. [Consulté le 12 octobre 2017]. Disponible : http://www.modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/en-evaluant-ses-politiques-publiques/espace-dedie/rapport-evaluation-du-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire_

Instruction DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014. Annexe VII. [Consulté le 12 mars 2018]. Disponible : http://www.circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39138.pdf

Jaglin Grimonprez C. Rapport d'activité 2016. [Consulté le 22 octobre 2017]. Disponible : <http://www.chu-hugo.fr/fr/actualites/le-rapport-d-activite-2016-de-hugo-est-en-ligne,1547,98069.html>.

Liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (classification commune des actes médicaux(CCAM), nomenclature générale des actes médicaux(NGAP)), Arrêté du 27 mars 1972 modifiant l'arrêté du 4 juillet 1960. [Consulté le 17 janvier 2018]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

Morin E, Gagné C, Cherré B. Donner un sens au travail - Promouvoir le bien-être psychologique [2009] ; Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité au Travail (IRSST), Rapport scientifiques. [Consulté le 26 janvier 2016]. Disponible : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>.

ORS Pays de la Loire. La santé des habitants des Pays de la Loire 2017. [Consulté le 15 octobre 2017]. Disponible : <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/articles/la-sante-des-habitants-des-pays-de-la-loire>.

ORS Pays de la Loire. Diagnostic santé 2017. [Consulté le 26 février 2018]. Disponible : http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/CDS/DiagSante2017/Depts/2017_diags_ante_sarthe.pdf.

Plan hôpital 2007 portant réforme du financement des établissements de santé avec la T2A. [Consulté le 08 octobre 2017]. Disponible : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-1ere-generation-2012-2016>.

Population sarthoise. [Consulté le 11 octobre 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2539594>.

Projet régional de santé 2013-2017. [Consulté le 01 novembre 2017]. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/projet-regional-de-sante-2013-2017-0>.

Rapport d'activité 2016 publié par Cécile Jaglin Grimonprez ; le 07/07/2017. [Consulté le 22 octobre 2017]. Disponible : <http://www.chu-hugo.fr/fr/actualites/le-rapport-d-activite-2016-de-hugo-est-en-ligne,1547,98069.html>.

Touraine M, Fioraso G. Plan cancer 2014-2019-article 4.1. [Consulté le 08 février 2018]. disponible : https://www.google.fr/search?ei=iC6UWvLPI8KZkwWL9lpo&q=plan+cancer+2014-2019+marisol+touraine&oq=plan+cancer+2014-2019+marisol+touraine&gs_l=psy-ab.3...1308.4928.0.5308.17.17.0.0.0.345.1974.0j12j1j1.14.0...0...1c.1.64.psy-ab..3.5.728...33i21k1.0.nYNtVqrXHQc.

Virage ambulatoire. Rapport de l'ANAP. [Consulté le 08 novembre 2017]. Disponible : <http://www.anap.fr/ressources/restitutions/detail/actualites/restitutions-2eme-cercle-transformations-organisationnelles-et-virage-ambulatoire-tova/06 octobre 2016>.

Textes législatifs :

Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. [Consulté le 27 janvier 2018]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>.

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. [Consulté le 08 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [Consulté le 25 novembre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale (1), dite Loi Borloo, article L320-2. [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [Consulté le 01 novembre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. [Consulté le 02 novembre 2017]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033680665.

Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance Maladie, ayant mis en place le parcours de soins coordonné du patient. [Consulté le 01 novembre 2017]. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf, renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

Ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de santé. [Consulté le 26 octobre 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

Images, vidéos issues du Web :

Dejours C ; J'ai très mal au travail ; 12 juin 2011 ; Vidéo ; In : You tube ; Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=yX9JPLOV3gc>.

Dejours C ; la souffrance au travail ; 26 mars 2016 ; Vidéo ; In : You tube ; Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=WZ55AVbAFM8>.

Tables des Annexes

<u>Annexe 1</u>	: Répartition des séjours par discipline sur le territoire	1
<u>Annexe 2</u>	: Organigramme des pôles jusqu'en 2017	1
<u>Annexe 3</u>	: Organigramme des pôles à partir de janvier 2018	1
<u>Annexe 4</u>	: Le parcours patient validé par le COPIL	1
<u>Annexe 5</u>	: Plan de Plantagenêt Rez-de-chaussée (plateau technique des consultations de chirurgie externes et d'anesthésie)	1
<u>Annexe 6</u>	: La méthodologie du projet	1
<u>Annexe 7</u>	: Guide d'entretien des infirmières et aides-soignantes	1
<u>Annexe 8</u>	: Guide d'entretien des praticiens	1
<u>Annexe 9</u>	: Grilles d'observation renseignées par spécialité	1-9
<u>Annexe 10</u>	: Grille d'analyse des activités renseignées par les professionnelles	1-3
<u>Annexe 11</u>	: Analyse des activités spécialité par spécialité	1-9
<u>Annexe 12</u>	: Retranscription des entretiens infirmières	1-5
<u>Annexe 13</u>	: Retranscription des entretiens aides-soignantes	1-2
<u>Annexe 14</u>	: Retranscription des entretiens médicaux	1-7
<u>Annexe 15</u>	: Gantt du projet	1
<u>Annexe 16</u>	: Grille d'auto-évaluation des activités infirmières	1
<u>Annexe 17</u>	: Résultats des auto-évaluations des activités infirmières	1-2
<u>Annexe 18</u>	: Cartographie des compétences infirmières	1-5
<u>Annexe 19</u>	: Logigramme de la consultation infirmière	1
<u>Annexe 20</u>	: Parcours patient à la consultation d'annonce de chirurgie digestive	1-5
<u>Annexe 21</u>	: Mode opératoire de la consultation d'annonce infirmière	1-4
<u>Annexe 22</u>	: La fiche de poste infirmière	1-2
<u>Annexe 23</u>	: Constitution du livret de liaison de cancérologie du patient	1-3
<u>Annexe 24</u>	: Fiche de liaison médecin-infirmière	1-2
<u>Annexe 25</u>	: Compte rendu de la consultation d'annonce infirmière	1-4
<u>Annexe 26</u>	: Lettre au médecin traitant	1

<u>Annexe 27</u> :	Outil de suivi du nombre et type de consultation d'annonce	1
<u>Annexe 28</u> :	Chemin clinique RAAC	1-10
<u>Annexe 29</u> :	Check list des actions à mener lors de la consultation de coordination-information.	1
<u>Annexe 30</u> :	Cartographie des compétences aides-soignantes	1-5

Annexe 1

Répartition des séjours par discipline sur le territoire

Lieu des séjours de la zone : toute activité

Lieu des séjours de la zone - Toutes activités, 2016

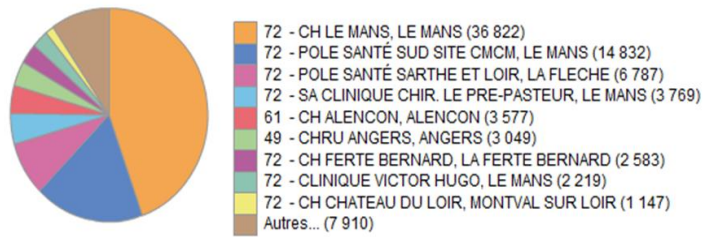


source : ATIH - PMSI - 2016 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Schéma 1

Lieu des séjours de la zone : Médecine 2016

Lieu des séjours de la zone - Médecine, 2016

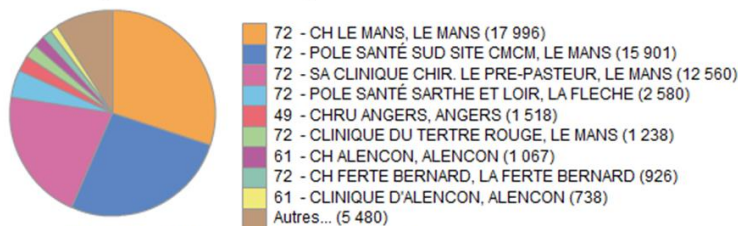


source : ATIH - PMSI - 2016 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Schéma 2

Lieu des séjours de la zone : Chirurgie 2016

Lieu des séjours de la zone - Chirurgie 2016



source : ATIH - PMSI - 2016 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Schéma 3

Lieu des séjours de la zone : Obstétrique

Lieu des séjours de la zone - Obstétrique 2016



source : ATIH - PMSI - 2016 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Schéma

Annexe 2

Organigramme des pôles jusqu'en 2017

Pôles 2017

<p>Pôle des Médecines Spécialisées Médecine Infectieuse-Oncologie-Hématologie-Dermatologie Vénérologie-Hépatogastro-Pneumologie-Cardiologie-Neurologie- Diabétologie-Néphrologie-Dialyse-Rhumatologie Chef de Pôle : Dr Emmanuelle DERNIS Directeur Délégué : Valérie BLIEZ Directeur Délégué Adjoint : Conrad BREUER CSS : Roseline BEZANNIER</p>	<p>Pôle Chirurgie Toutes disciplines chirurgicales sauf gynécologie et chirurgie pédiatrique Chef de Pôle : Dr Nadya EMAM Directeur Délégué : Antoine LOUBRIEU CSS : Sylvie DESMAISON</p>	<p>Pôle Urgences Médecine Réanimation Anesthésie Urgences - Réanimation - Anesthésie Médecine Polyvalente - Médecine Gériatrique Chef de Pôle : Dr Benoît DERRIEN Directeur Délégué : Véronique JEAN FF CSS : Mélina LEHOUX</p>
<p>Plateau technique MONET SUD CSS : non pourvu</p>	<p>Plateau technique Bloc Opérateur Fontenoy/Monet CSS : Yvonne BOUTTIER</p>	
<p>Pôle des Activités Cliniques Transversales d'Education et de Support Soins palliatifs - Douleur - Diététique - Kiné – Assistantes socialés – Brancardage – Comité de cancérologie Chef de Pôle : Dr Graziella CHANTEPIE-LHOPITEAU Directeur Délégué : Elodie BADET CSS : Cécile COLLIU</p>	<p>Pôle Gériatrie SSR-USLD-EHPAD Chef de Pôle : Dr Annie LEJOYEUX Directeur Délégué : Elodie BADET CSS : Agnès BONNAIN</p>	<p>Pôle Femme - Mère – Enfant Chef de Pôle : Dr Philippe PILLOT Directeur Délégué : Elsa DOMERGUE CSS : Gwénaëlle DELUCHE</p>
<p>Pôle Gestion des Produits de Soins (Pharmacie et Stérilisation Centrale) Chef de Pôle : Damien BRUEL Directeur Délégué : Léonard DUPÉ CSS : Stéphanie POUSSE</p>	<p>Pôle Biologie et Pathologie Chef de Pôle : Dr Louis-Rémi de YBARLUCEA Directeur Délégué : Floriane KUNDER CSS : Stéphanie POUSSE</p>	<p>Pôle Imagerie Médicale Chef de Pôle : Dr Laura PÉTROVAI Directeur Délégué : Laurence TOURRE CSS : Nathalie ROUSSEAU</p>

Annexe 3

Organigramme des pôles depuis Janvier 2018

Pôles et plateaux techniques 2018

<p>Pôle des Médecines Spécialisées</p> <p>Médecine Infectieuse-Oncologie-Hématologie- Dermatologie- Vénérologie-Hépat/Gastro-Pneumologie-Cardiologie- Neurologie - Diabétologie - Néphrologie - Dialyse - Rhumatologie</p> <p>Chef de Pôle : Dr Emmanuelle DERNIS Directeur Délégué : Valérie BLIEZ Directeur Délégué Adjoint : Conrad BREUER CSS : Roseline BEZANNIER</p>	<p>Pôle Chirurgie – Anesthésie</p> <p>Toutes disciplines chirurgicales sauf gynécologie et chirurgie pédiatrique – Anesthésie</p> <p>Chef de Pôle : Dr Michel GIRARD Directeur Délégué : Antoine LOUBRIEU CSS : Stéphanie POUSSE</p>	<p>Pôle Urgences Médecine Réanimation</p> <p>SAMU - SMUR - Urgences adultes – Réanimation- Médecine Polyvalente- Médecine Gériatrique</p> <p>Chef de Pôle : Dr Benoît DERRIEN Directeur Délégué : Véronique JEAN CSS : Mélina LEHOUX</p>
<p>Pôle des Activités Cliniques Transversales d'Education et de Support</p> <p>Soins palliatifs - Douleur - Diététique - Kiné - CPVD - CEGID - UCSA - PASS - Psychologues - CAO2V - Chambre mortuaire – Service social</p> <p>Chef de Pôle : Dr Graziella CHANTEPIE-LHOPITEAU Directeur Délégué : Elodie BADET CSS : Cécile COLLIOU</p>	<p>Pôle Gériatrie</p> <p>SSR - USLD – EHPAD</p> <p>Chef de Pôle : Dr Dominique FRADIN par intérim Directeur Délégué : Elodie BADET CSS : Sylvie DESMAISON</p>	<p>Pôle Femme - Mère – Enfant</p> <p>Toutes disciplines médico-obstétrico-chirurgicales et urgences pédiatriques</p> <p>Chef de Pôle : Dr Philippe PILLOT Directeur Délégué : Elsa DOMERGUE CSS : Céline MABON</p>
<p>Pôle Gestion des Produits de Soins Pharmacie à usage intérieur et stérilisation centrale</p> <p>Chef de Pôle : Damien BRUEL Directeur Délégué : Léonard DUPÉ CSS : Yvonne BOUTTIER</p>	<p>Pôle Biologie et Pathologie</p> <p>Chef de Pôle : Dr Louis-Rémi de YBARLUCEA Directeur Délégué : Floriane KUNDER CSS : Stéphanie POUSSE</p>	<p>Pôle Imagerie Médicale</p> <p>Médecine nucléaire-imagerie conventionnelle- imagerie en coupe-échographie-radiologie interventionnelle</p> <p>Chef de Pôle : Dr Charles BOURSOT Directeur Délégué : Diane PETTER CSS : Chantal LE GOFF</p>
<p>Plateau technique PLANTAGENET</p> <p>Consultations et HDJ</p> <p>CSS : Agnès BONNAIN Directeur Délégué : Antoine LOUBRIEU</p>	<p>Plateau technique Blocs Opératoires</p> <p>Bloc Aliénor - Bloc Fontenoy - Bloc Monet - Endoscopies digestives et pulmonaires CSS : Yvonne BOUTTIER Directeur Délégué : Antoine LOUBRIEU</p>	
<p>Service de gestion des parcours : Ordonnancement - DCA - Transports internes - CSS : Agnès BONNAIN - Directeur Délégué : Antoine LOUBRIEU</p>		

Annexe 4

Le parcours patient validé par le COPIL



Les étapes du parcours patient en consultation

1. Prise de rendez-vous physique, par téléphone (SRV), ou via internet
2. Envoi/remise d'une convocation (mains propres/courrier/courriel)
3. Préparation du dossier patient pour la consultation et préparation des chariots pour les box de consultation
4. Accueil administratif
5. Accueil patient dans la zone de consultation et/ou imagerie
6. Attente en salle d'attente
7. Installation en salle de consultation
8. Consultation
9. Accueil systématique du patient par le secrétariat médical en sortie de consultation
10. Passage au centre de prélèvements si besoin
11. Passage aux caisses si paiement

Annexe 5

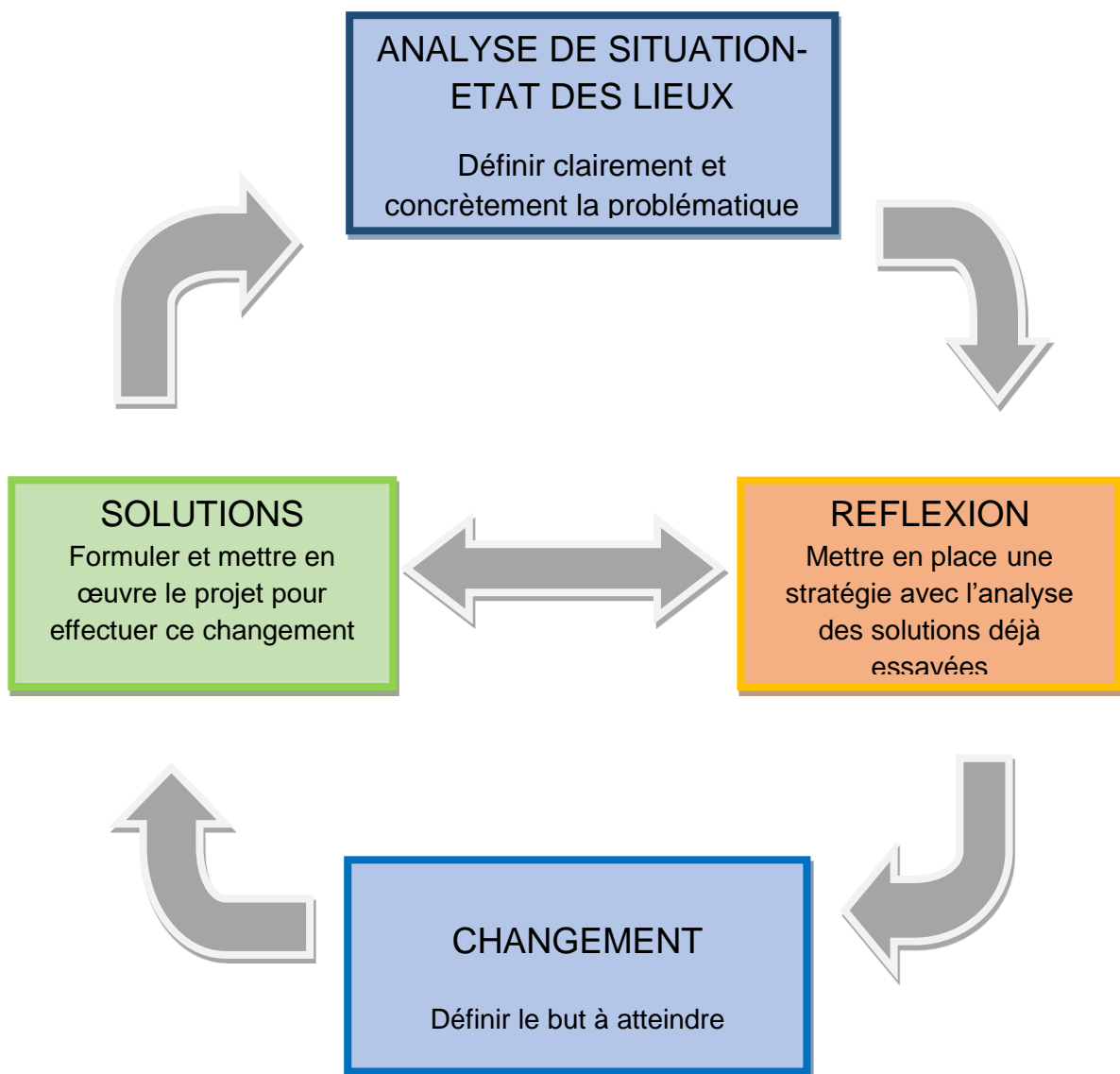
Plan de Plantagenet Rez-de-chaussée (plateau technique des consultations de chirurgie externes et d'anesthésie)



Annexe 6

Méthodologie du projet

Selon Watzlawick et Weakland et Fisch (3 psychiatres)



Annexe 7

Guide d'entretien des infirmières et aides-soignantes

Guide d'entretien des infirmières et des aides-soignantes

Actuellement étudiante en 2ème année de Master « management des organisations soignantes » et en parallèle cadre de santé nommée pour accompagner le déménagement des consultations externes de chirurgie, j'ai donc choisi ce thème pour mon projet managérial.

Dans ce cadre-là, je rencontre chacun des professionnels de consultations pour échanger sur ce projet.

- 1) Que pensez-vous de l'organisation au sein de la consultation ?
- 2) Qu'est-ce qui vous paraît primordial de conserver dans l'organisation actuelle ?
- 3) Quelles sont les difficultés rencontrées aujourd'hui dans votre activité au quotidien et que vous souhaiteriez ne plus rencontrer dans le nouveau bâtiment ?
- 4) Que souhaiteriez-vous modifier ou améliorer dans cette organisation ?
- 5) Qu'attendez-vous de la collaboration médico-soignante au sein de la consultation ?
- 6) Que serait pour vous une organisation optimale ?
- 7) Quelles seraient vos propositions pour améliorer les organisations ?
- 8) Quelles sont vos inquiétudes ?

Annexe 8

Guide d'entretien des praticiens

Guide d'entretien avec les médecins responsables des consultations par spécialité

Actuellement étudiante en 2^{ème} année de Master « management des organisations soignantes » et, en parallèle, cadre de santé nommée pour accompagner le déménagement des consultations externes de chirurgie, j'ai donc choisi ce thème pour mon projet managérial.

Dans ce cadre-là, je rencontre chacun des responsables de consultation pour échanger sur ce projet.

- 1) Que pensez-vous de l'organisation au sein de la consultation ?
- 2) Qu'est-ce qui vous paraît primordial de conserver dans l'organisation actuelle ?
- 3) Quelles sont les difficultés rencontrées aujourd'hui dans votre activité au quotidien et que vous souhaiteriez ne plus rencontrer dans le nouveau bâtiment ?
- 4) Que souhaiteriez-vous modifier ou améliorer dans cette organisation ?
- 5) Qu'attendez-vous des soignants au sein de la consultation ?
- 6) Que serait pour vous une organisation optimale ?
- 7) Quelles seraient vos propositions pour améliorer les organisations ?
- 8) Quelles sont vos inquiétudes ?

Annexe 9

Grilles d'observations renseignées par service



FICHE D'OBSERVATION DE L'UNITE

Spécialité : Urologie

Amplitude d'ouverture des cs : 8h/19h35

	IDE	Chirurgiens	AS	plâtrier	secrétaire	Kiné
ETP	2,1	5 (cible 4)	2	0		

Nombre de salles au total : 3 dont 2 équipées avec l'échographe et les fibroscopies

Identification des salles :

- Salle de cs : 3
- Salle de soins, pansement : 1 = 3^{ème} salle
- Bureau IDE : 1
- Salle de décontamination/salle sale : 1
- Salle d'attente : 1
- 1 salle de débitmétrie

Matériel existant :

2 Echographes

3 fibroscopes

Nombre de cs possibles programmé sur un même créneau : dépend des Chirurgiens

Amplitude de programmation horaire minimum pour une cs :

en fonction des agendas.

Toutes les 10 minutes ou 15 minutes

Taux d'occupation des salles : 75%

Amplitude horaire d'occupation des salles/jr : 8h10/18h30

Ouverture des salles pendant...240 jours/an

Les ressources humaines

	IDE	AS			Secrétaire
Nbre/cs	1 par salle	1 par salle			1
Nbre/jr	1 à 2	2			Varie en fonction du nombre de cs
Nbre de cs réalisées seul(es)	Varie en fonction de la cs chirurgicale				

Descriptif des activités

IDE	AS
<ul style="list-style-type: none"> - Administratif <ul style="list-style-type: none"> • Préparation des dossiers • Codage dans CORA • Vérification de l'identité - Préparation des salles <ul style="list-style-type: none"> • Connecter les ordis • Vérifier les outils (ordonnances-bons..) • Vérifier le contenu des chariots magasins (compresses-antiseptique...) - Installation des patients <ul style="list-style-type: none"> • Habillage-déshabillage • Explication - Réalisation de pst + différentes sondes - Bilan sanguin - Bilan urinaire - Pose de SV - Surveillance des constantes - Pose de gel anesthésiant pour examen médicaux - Instillation intra-vésicale (1/2 journée par semaine) - Préparation cutanée avant examen - Aide au chirurgien pour les écho/fibro/ablation de sonde urétrale/BP/dilatation sténose urètre/biopsie rénale/ biopsie de prostate - Information à l'ordonnancement pour les hospitalisations - Transmissions orales et écrites dans les dossiers patients - Gestion du bac à décontaminer - Gestion des commandes (linge et déchet) - Ravitaillement des ordonnances papiers - Commande de pharmacie (1x/semaine) - Cs post annonce IDE - Commandes spécifiques (pinces diverses) - Réalisation des BUD 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil et installation des patients - Récupération et ramène les dossiers à la secrétaire - Réalisation des débitmétrics - Aide technique en salle auprès du chirurgien - Administration des médicaments par voie urétrale !! - Réalisation des commandes et en assure le rangement - Réalisation du traitement des endoscopes - Entretien des locaux - Réalisation de la décontamination du matériel - Participation à la cs d'ophtalmologie pour l'aide aux IVT - Préparation de dossiers administratifs papiers - Acheminement d'exams au point chaud

Fiche de poste présente mais date de 2009. Aucune organisation de travail formalisée. Organisation soignante basée sur l'organisation médicale et historique. Accueil par IDE et/ou AS du patient en salle. Installation du patient. Ouverture du dossier médical, vérification de l'identité du patient et du traitement personnel. Installation d'un 2^{ème} patient dans la 2^{ème} salle et intervient dans la salle de cs avec le chirurgien en fonction des besoins, si examens divers. Si programmation de bloc, IDE voit le patient dans le bureau IDE et l'AS continue l'installation des autres patients. IDE et/ou AS va chercher et ramener les gros dossiers médicaux au secrétariat au fur et à mesure de l'entrée des patients. Même démarche pour le retour des dossiers. Puis au moment de la sortie, IDE et/ou AS donne les transmissions orales à la secrétaire si RDV à prendre divers ou si nécessité de reconvoquer le patient.

Parcours patient : (logigramme)

- Si RDV programmé : SAFE-secrétariat-salle d'attente
- Si arrive en urgence : idem
- S'il veut un RDV : appel vers le SRV

Difficultés observées :

Codage des actes parfois pas fait tout de suite après le geste mais en fin de journée voire le lendemain lorsque la cs s'est finie tard. Mais professionnel dépendant.

Problème des bons de transport (beaucoup de demande des patients- intérêt + porté aux bons qu'à l'origine de la cs)

Cs post annonce IDE faite dans la foulée de la cs médicale.

Lorsque l'IDE fait une consultation d'information, c'est l'AS qui réalise la cs avec le chirurgien et parfois instille un gel anesthésiant (hors du champ de compétences)

Spécialité très centrée sur elle pas de partage avec les autres spécialités juste à côté.

Temps d'attente de l'IDE entre deux patients fréquents.

Absence d'utilisation des outils institutionnels « recueil de données » avec remplissage d'outil papier à priori non lu par les services d'hospitalisation.

Temps IDE pas suffisamment en lien avec les compétences.



FICHE D'OBSERVATION DE L'UNITE

Spécialité : ophtalmologie

Amplitude d'ouverture des cs : 8h30/18h30

	IDE	Chirurgiens	AS	Plâtrier	secrétaire	Kiné
ETP	4,5	7	1	0	4,8	0

Nombre de salles au total : 9 box de consultation + 1 box de consultation OCT

Identification des salles et dénombrement :

- Salle de consultation : 9+1
- Salle de soins : 1
- Bureau IDE : 1
- Salle de décontamination= Salle sale : 1
- Salle IVT : 1
- Salle d'OCT : 2
- Salle d'attente : 4
- Salle de plâtre :
- Salle d'angiographie : 1
- Salle d'orthoptie : 5
- Réserves : 1
- Salle d'échographie : 1
- Salle de champs visuel : 1
- Salle de prise de mesure : 1 avec 3 postes

Matériel existant :

Beaucoup de matériel spécifique en lien avec les spécificités de chaque salle. Aucune salle polyvalente. Chaque box de consultation est équipé de matériel spécifique à l'ophtalmologie (réfracteur, biomètre...)

Nombre de cs possibles programmé sur un même créneau :

Jusqu'à 3 patients programmés sur un même créneau voire plus

Amplitude de programmation horaire minimum pour une consultation :

5 minutes mais parfois 3 patients programmés sur ce créneau. Demande très importante.

Taux d'occupation des salles :

90%

Les ressources humaines

	IDE	AS	Orthoptiste	Kiné	Secrétaire
Nbre/cs	Cs IDE indépendante de la cs médicale	Même remarque	1 consultation médicale le matin	0	Défini par mission et non par nombre de consultation médicale
Nbre/jr	De 3 à 4	1	4	0	3 à 4
Nbre de consultations réalisées seul(es)	Cs information + consultation pansement+ prise de mesure	NC	Que des consultations seules	0	NC

Liste des activités réalisées

IDE	AS	Orthoptiste	Secrétaire
<ul style="list-style-type: none"> - Accueil + orientation patient - Accueil des urgences + évaluation de la nécessité d'une consultation - Cs d'information avant un bloc - Consultation de programmation IVT - Divers pansements (ablation fils, prise de sang, prélèvements divers) - Aide technique aux IVT, biopsies - Transmissions interservices - Ouverture et fermeture des salles - Entretien des locaux - Accueil téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> -prise de mesure -entretien des locaux -préparation de dossiers administratifs -différentes commandes et rangements -préparation des patients avant les IVT -accompagnement des patients pour aller aux toilettes ou transfert dans une unité d'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> -réalisation de Bilan orthoptique, champ visuel, consultations aidées, OCT, basse vision, aide au CAMSP 	<ul style="list-style-type: none"> -prise de RDV en sortie de consultation -prise de RDV téléphonique -Accueil téléphonique -frappe de courrier de sortie de consultation -finalisation des RDV de consultation de programmation

Organisation du travail : Qui fait quoi ? quand ? comment ? avec qui ? avec quoi ? pourquoi ?

Aucune organisation écrite. Fiche de poste date de 2016. 1^{ère} IDE arrive à 8h pour installer toutes les salles. Puis 2^{ème} arrive à 8h30 pour débiter les prises de mesure et lancer les consultations. IDE de 8h assure la fonction d'accueil et d'orientation jusqu'à sa pause déjeuner, le relais étant ensuite assuré par la collègue qui arrive à 10h35. 3^{ème} et 4^{ème} collègue arrive soit à 9h les 2 soit l'une à 8h30 et l'autre 9h pour les jours d'IVT les lundis et jeudis. La collègue de 9h assure les consultations d'information, fait parfois les prises de mesure, les dilatations, assure l'aide technique en salle si biopsie, aide la collègue d'accueil lorsqu'il y a beaucoup de patients. En fin de journée IDE réalise l'entretien des locaux des 10 box de consultation + toutes les autres salles techniques.

AS assure les prises de mesure pour aider les IDE, prépare les patients avant une IVT les lundis et jeudis matin ainsi que le mardi après-midi. Réalise les différentes commandes et rangements en respectant les jours de commandes.

Parcours patient :

- Si RDV programmé : SAFE- IDE d'accueil- consultation chirurgicale
- Si Arrivée en urgence : IDE accueil-SAFE-consultation chirurgicale ou renvoi vers le médecin traitant
- Si demande de RDV : SRV auprès des secrétaires

Difficultés observées :

- Missions IDE pas complètement définies
- Nombre de patient se présentant à l'accueil très important avec une file d'attente importante
- Peu de collaboration entre les orthoptistes-IDE et secrétaire
- Temps d'orthoptiste pas utilisé à 100% et pas suffisamment d'entraide. Horaires des 4 orthoptistes identiques ne couvrant pas la journée.
- Cs d'information/programmation non optimisée pour le patient car ne repart pas avec ses RDV, obligation que le dossier soit repris le lendemain par la secrétaire pour l'envoi du dossier avec surcoût pour le CHM. Activité se réalisant en 2 temps donc les RDV envoyés peuvent ne pas convenir aux patients et rappelle pour modifier le RDV alors que la ligne téléphonique est très embolisée.
- Surcharge des listes de consultation
- Appel téléphonique des patients pour avoir un RDV très important
- Difficile de donner des RDV car demande très importante, plus de 6 mois d'attente, en une matinée 4 mois de RDV bloqué !!!!!
- Certains Ophtalmologues privilégient leur organisation dans les cabinets privés au détriment du CH nous désorganisant.
- Beaucoup d'internes autant que de chirurgien et consultent tous.

Spécialité : chirurgie digestive-ortho-vasculaire

Amplitude d'ouverture des consultations : 8h15-22h

	IDE	Chirurgiens	AS	Plâtrier	Secrétaire	Kiné
ETP	9,4	13	0	2,5 (compris dans 9,4 IDE)	15,5	0

Nombre de salles au total : 6 salles de consultation en ortho + 2 salles de plâtre+ 3 banques d'accueil

Identification des salles :

- Salle de consultations : 4 en digestif- 2 en vasculaire- 6 en ortho
- Salle de soins : 0 en digestif- 1 en vasculaire- 2 en ortho (= salle de plâtre)
- Bureau IDE : 0 en digestif- 0 en vasculaire- 0 en ortho
- Salle de décontamination/salle sale : 0 en digestif- 0 en vasculaire- 1 en ortho
- Salle d'attente : 1 grande commune pour le digestif-vasculaire puis 1 petite pour le vasculaire et 3 espaces pour l'orthopédie.

Matériel existant :

Orthopédie : 3 podoscopes à raison d'un par salle. Marteau- mètre- lampe de lecture des radios

Digestif : un chariot dédié à la plastique

Vasculaire : Dextro

Nombre de consultations possibles programmées sur un même créneau :

Rare en digestif et vasculaire tout comme en plastique. Très fréquent en ortho pour permettre de faire rentrer dans la base de données jusqu'à 35 patients

Amplitude de programmation horaire minimum pour une consultation :

Ortho : 5 minutes

Digestif et plastique : 10 minutes

Vasculaire : 10 minutes

Taux d'occupation des salles : 80%

Amplitude horaire d'occupation des salles/jr : 8h10/21h30

Ouverture des salles pendant...240.jours/an

Les ressources humaines

	IDE	AS	Secrétaire		
			Digestif	Vasculaire	Plastique
Nbre/cs	1 pour 2 salles/chirurgien	0	1	1	1
Nbre/jr	4 à 5		Dépend du nombre de consultation mais 1secrétaire=1 praticien		
Nbre de cs réalisées seul(es)	ERAS : 91 + toutes les consultations de programmation				

Descriptif des activités

IDE	Plâtrier
<ul style="list-style-type: none"> - Accueil et installation du patient - Réalisation des pst (retrait fils-agrafes.) - Aide aux injections de viscosupplémentation pour les futures PTG <ul style="list-style-type: none"> • Installation • Détersion • Servir le chirurgien • Pst + bandage - Ecoute-réassurance du patient - Cs IDE pré-op - Administratif <ul style="list-style-type: none"> • Transmissions orales et écrite • Théo pour le transport • Appel ordonnancement pour présenter le patient - Préparation de la consultation <ul style="list-style-type: none"> • Sortir les listes • Vérifier la présence des examens (manière différente de faire) • Tampon + date dans les dossiers papiers - Logistique <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des commandes (pharmacie-papier) • Constitution des dossiers ambu-fontenoy • Suivi du matériel de stérilisation - Réalise certains bons de radios - Complète les informations manquantes sur les bons - Réalise le codage - Sortir les listes quelques jours avant pour préparer celle-ci 	<p style="text-align: center;">SUR PRESCRIPTION DE L'ORTHOPEDISTE UNIQUEMENT</p> <p>Réalisation de multiples contention rigides, semi-rigides, souples Ablation de matériel (environ 350/mois) Ablation de fils-broches Revue de patient en consultation seul programmée, en consultation sauvage, en appel téléphonique (suivi corset) Entraide sur les services d'hospitalisation plus rare Toilette après ablation de matériel avant la consultation de chir Réalisation de multiples commandes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie : résine-jersey-tenso cf feuille - Magasin général : attèles - Linge : 1fois/semaine (alèze-serviette-gant-sac à linge + bracelet). Evacuation tous les soirs - Hors stock

<ul style="list-style-type: none"> - Préparation des salles - Connecter les ordi - Vérifier les outils (ordonnances-bons..) - Vérifier le contenu des chariots magasins (compresses-antiseptique...) - Lien avec la secrétaire pour les sorties - Cs ERAS - Aide pour servir le chirurgien pour certains actes 	

Organisation du travail : aucune de formalisée- fiche de poste existante datée de 2016

Digestif et ortho : IDE accueil et installe le patient en salle de consultation en attendant le chirurgien. Ouvre le dossier médical, aide le patient à s'installer si besoin. Va installer un autre patient le temps que le chirurgien voit le 1er patient puis revient progressivement en salle pour voir si le chirurgien a besoin d'elle, ou commence à préparer les papiers en vue d'une future chirurgie programmée. Puis attend dans le couloir que le chirurgien sorte. Va chercher les dossiers médicaux au secrétariat puis les ramène à la fin de chaque consultation, puis fait les transmissions orales à la secrétaire si le patient doit être reconvoqué ou s'il faut prévoir d'autres examens. Puis voit au décours de la consultation chirurgicale le patient pour lui expliquer la future intervention et remet les documents administratifs relatifs à celle-ci. Réalise les pansements au décours de la consultation si besoin. Aide technique en orthopédie pour servir le chirurgien pour les injections de viscosupplémentation en parallèle de l'installation des autres patients en salle de consultation.

Vasculaire : intervient uniquement pour la réalisation de pansement à raison de 8 à 10 pansements par demi-journée par IDE.

Parcours patient : (logigramme)

- Si RDV programmé : SAFE-secrétaire-salle d'attente
- Si arrive en urgence : idem
- S'il veut un RDV : appel vers le SRV

Difficultés observées :

Codage des actes parfois pas fait tout de suite après le geste mais en fin de journée voire le lendemain lorsque la consultation s'est finie tard. Mais professionnel dépendant.

Temps passé pour le PRADO : doc administratif à renseigner-SCT-SECU

Problème des bons de transport (beaucoup de demande des patients- intérêt + porté aux bons qu'à l'origine de la consultation)

Présence ou non de l'IDE en consultation de vasculaire. Mis en place 2 demi-journées(matinée) au pst sur 2 consultations de chirurgiens mais attente +++ car un des chirurgiens suit ses RDV dans sa liste donc les patients des pst attendent et embolissent aussi la fluidité pour l'autre chirurgien.

Temps d'attente IDE entre 2 patients

Parfois le chirurgien dit « pouvoir consulter sans IDE alors qu'elle est prévue sur le planning ».

Bons d'examen remplis par IDE

Temps d'information très court auprès du patient avec un discours très rodé laissant peu voire pas la place aux questions avec une masse de document remise au patient.

Absence d'utilisation des outils institutionnels « recueil de données » avec remplissage d'outil papier a priori non lu par les services d'hospitalisation.

Temps IDE pas suffisamment en lien avec les compétences.

Annexe 10

Grille d'analyse des activités renseignées par les professionnelles

SERVICE :

METIER :

Horaire de travail :

Amplitude horaire du matin :

Heure de début de cs :

Heure de fin de cs :

Amplitude horaire l'apm :

Heure de début de cs :

Heure de fin de cs :

ACTIVITES (à compléter)	Nombre de fois	Temps moyen par activité
<p>Accueil physique : Orientation du patient : Accueil téléphonique : Installation du patient en salle :</p> <p>Préparation du dossier :</p> <p>Aide au chirurgien pour un acte (préciser l'acte):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Injection viscosupplémentation <input type="checkbox"/> Tenir, accompagner, rassurer un patient lors du geste <input type="checkbox"/> Pose d'anesthésique local <input type="checkbox"/> Fibro vésicale <input type="checkbox"/> Prise de mesure <input type="checkbox"/> IVT <input type="checkbox"/> Ablation de sonde JJ <input type="checkbox"/> Pose de SV <input type="checkbox"/> Retrait de SV <input type="checkbox"/> Ablation de broches <input type="checkbox"/> Biopsies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Pansements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ablation fils <input type="checkbox"/> Ablation agrafes <input type="checkbox"/> Réfection de pansement simples <input type="checkbox"/> Réfection de pansement complexe <input type="checkbox"/> Brûlures 		

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Escarre <input type="radio"/> Amputation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Examens divers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dilatation oculaire <input type="checkbox"/> Débitmétrie <input type="checkbox"/> Pose de sonde vésicale <input type="checkbox"/> Ablation de sonde vésicale <input type="checkbox"/> Réalisation de bilan sanguin <input type="checkbox"/> Pose de KTP <input type="checkbox"/> Réalisation de plâtres <input type="checkbox"/> Réalisation de contentions <input type="checkbox"/> Ablation de plâtres <input type="checkbox"/> Ablation de contention <input type="checkbox"/> Contrôle contention <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Cs IDE pré opératoire :</p> <p>Cs IDE d'annonce :</p> <p>Cs IDE RAC :</p> <p>Autres Cs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Commandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dispositifs médicaux <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Solutés <input type="checkbox"/> Linge <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Produits d'entretien <input type="checkbox"/> Fournitures médicales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Entretien des locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Salles de soin <input type="checkbox"/> Salle sale <input type="checkbox"/> Salle propre <input type="checkbox"/> Bureau IDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 		
---	--	--

<p>Relation d'aide/communication</p> <p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transmissions écrites dossier patient <input type="checkbox"/> Transmissions orales ordonnancement <input type="checkbox"/> Transmissions orales services de soins <input type="checkbox"/> Transmissions secrétaire <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 		
--	--	--

Annexe 11

Analyse des activités spécialité par spécialité

Relevé des temps passés par les IDE à leurs activités en consultation de chirurgie plastique

IDE 1																
Activité journalière	Acheminement aboratoire		Codage		Hygiène des locaux		Accueil installation		Pansements simples		Pansements complexes		Petite chirurgie exérèse ponction		Total	
Date	nombre	Temps (min)	nombre	Temps (min)	nombre	Temps (min)	nombre	Temps (min)	nombre	Temps (min)	nombre	Temps (min)	nombre	Temps (min)	Nombre	Temps (min)
30-nov	4	20	20	40	20	100	20	100	10	100	4	120	4	100	82	580
01-déc	2	10	19	38	19	95	19	95	11	110	3	90	2	50	75	488
Total	6	30	39	78	39	195	39	195	21	210	7	210	6	150	157	1068
IDE 2																
Activité journalière	Acheminement aboratoire		Codage		Hygiène des locaux		Accueil installation		Pansements simples		Pansements complexes		Petite chirurgie exérèse ponction		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
07-déc	3	15	18	36	18	90	18	90	6	60	3	90	4	100	70	481
08-déc	3	15	22	44	22	110	22	110	5	50	2	60	3	75	79	464
Total	6	30	40	80	40	200	40	200	11	110	5	150	7	175	149	945
Total général	12	60	79	158	79	395	79	395	32	320	12	360	13	325	306	2013

Relevé des temps IDE passés à leurs activités en consultation de chirurgie ophtalmologique

Activité journalière	Accueil des urgences		Accueil patient		Accueil téléphonique		Commandes rangements		Cs IDE de programmation		Entretien des locaux		Ouverture de salle		Soins infirmiers classiques		Soins infirmiers spécifiques		Transmissions interservices		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps	Nombre	Temps	Nombre	Temps
27-nov	1	2	82	164	30	60	1	10	17	510	1	60	1	30	101	505	37	740	25	125	296	2206
28-nov	16	32	137	274	53	106	1	15	18	540	1	60	1	30	107	535	29	580	24	120	387	2292
29-nov	11	22	114	228	21	42	1	10	15	450	1	60	1	30	118	590	35	700	23	115	340	2247
30-nov	9	18	111	222	35	70	1	15	16	480	1	60	1	30	112	560	33	660	26	130	345	2245
Total	37	74	444	888	139	278	4	50	66	1980	4	240	4	120	438	2190	134	2680	98	490	1368	8990
Activité journalière	Accueil des urgences		Accueil patient		Accueil téléphonique		Commandes rangements		Cs IDE de programmation		Entretien des locaux		Ouverture de salle		Soins infirmiers classiques		Soins infirmiers spécifiques		Transmissions interservices			
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
04-déc	3	6	89	178	48	96	1	10	15	450	1	60	1	30	82	410	28	72	18	90	286	1402
05-déc	6	12	98	196	19	38	1	15	12	360	1	60	1	30	91	455	35	700	12	60	276	1926
06-déc	14	28	153	306	43	86	0	0	28	840	1	60	1	30	126	630	30	600	19	95	415	2675
07-déc	12	24	109	218	42	84	1	15	23	690	1	60	1	30	88	440	24	480	13	65	477	2106
Total	35	70	449	898	152	304	3	40	78	2340	4	240	4	120	387	1935	117	1852	62	310	1291	8109
Total général	72	144	893	1786	291	582	7	90	144	4320	8	480	8	240	825	4125	251	4532	160	800	2659	17099

Relevé des temps IDE passés à leurs activités en consultation de chirurgie urologique

IDE 1																
Activité journalière	Installation		Aide technique		Cs pré-op		Commandes		Entretien des locaux		Administratif		Codage		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
27-nov	31	155	12	120	14	210	1	20	31	93	4	20	31	62	124	680
28-nov	26	130	10	100	10	150	0	0	26	78	3	15	26	52	101	525
29-nov	22	110	13	130	11	165	1	15	22	66	6	30	22	44	97	560
30-nov	12	60	11	110	10	150	0	0	12	36	2	10	12	24	59	390
Total	91	455	46	460	45	675	2	35	91	273	15	75	91	182	381	2155
IDE 2																
Activité journalière	Installation		Aide technique		Cs pré-op		Commandes		Entretien des locaux		Administratif		Codage		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
04-déc	28	140	13	130	10	150	1	15	28	84	6	30	28	56	114	605
05-déc	27	135	14	140	12	180	0	0	27	81	4	20	27	54	111	610
06-déc	25	125	10	100	13	195	1	20	25	75	7	35	25	50	106	600
07-déc	13	65	8	80	11	165	0	0	13	39	5	55	13	26	63	430
Total	93	465	45	450	46	690	2	35	93	279	22	140	93	186	394	2245
Total général	184	920	91	910	91	1365	4	70	184	552	37	215	184	368	775	4400

Relevé des temps IDE passés à leurs activités en consultation de chirurgie vasculaire

IDE 1 (25 patients vus par le chirurgien sur la journée)										
Activité journalière	Installation		Entretien des locaux		Codage		Pansement		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
27-nov	6	60	6	30	6	12	6	180	24	282
28-nov	1	10	1	5	1	2	1	30	4	47
29-nov	4	40	4	20	4	8	4	120	16	188
30-nov	3	30	3	15	3	6	3	90	12	141
Total	14	140	14	70	14	28	14	420	56	658
IDE 2 (25 patients vus par le chirurgien sur la journée)										
Activité journalière	Installation		Entretien des locaux		Codage		Pansement		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
04-déc	8	80	8	40	8	16	8	240	32	376
05-déc	12	120	12	60	12	24	12	360	48	564
06-déc	6	60	6	30	6	12	6	180	24	282
07-déc	7	70	7	42	7	14	7	210	28	336
Total	33	330	33	172	33	66	33	990	132	1558
Total général	47	470	47	242	47	94	47	1410	188	2216

Relevé des temps IDE passés à leurs activités en consultation de chirurgie digestive

												0	0	0
IDE 1														
Activité journalière	Installation		Cs pré-op et RAC		Transmissions		Entretien des locaux		Codage		Commandes rangement		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
27-nov	35	175	4	40	35	70	35	175	35	70	1	20	145	550
28-nov	48	240	9	90	48	96	48	240	48	96	0	0	201	762
29-nov	30	150	10	190	30	60	30	150	30	60	1	30	131	640
30-nov	37	185	7	70	37	74	37	185	37	74	0	0	155	588
Total	150	750	30	390	150	300	150	750	150	300	2	50	612	2540
IDE 2														
Activité journalière	Installation		Cs pré-op et RAAC		Transmissions		Entretien des locaux		Codage		commandes rangement		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
27-nov	42	210	10	100	42	84	42	210	42	84	0	0	178	688
28-nov	38	190	8	80	38	76	38	190	38	76	1	20	161	632
29-nov	29	145	6	60	29	58	29	145	29	59	0	0	122	467
30-nov	40	200	8	170	40	80	40	200	40	80	1	30	169	760
Total	149	745	32	410	149	298	149	745	149	298	2	50	632	2546
Total	299	1495	62	800	299	598	299	1495	299	598	4	100	1262	5086

Relevé des temps IDE passés à leurs activités en consultation de chirurgie orthopédique

IDE 1																				
Activité journalière	Installation		Pst simple		Cs pré-op		Transmissions		Entretien des locaux		Injection visco		Codage		Prélèvements		Pst complexe		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
28-nov	52	156	4	Temps(min)	9	90	52	52	52	104	10	100	19	19	3	15	1	10	202	574
29-nov	61	183	3	21	8	80	61	61	61	122	10	100	21	21	2	10	1	10	228	608
30-nov	59	177	4	28	13	130	59	59	59	118	14	140	31	31	3	15	2	20	244	718
01-déc	70	210	5	35	16	160	70	70	70	140	8	80	29	29	4	20	2	20	274	764
Total	242	726	16	84	46	460	242	242	242	484	42	420	100	100	12	60	6	60	948	2664
IDE 2																				
Activité journalière	Installation		Pst simple		Cs pré-op		Transmissions		Entretien des locaux		Injection visco		Codage		Prélèvements		Pst complexe		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
28-nov	50	150	6	42	11	110	50	50	50	100	12	120	24	24	2	10	1	10	206	616
29-nov	65	195	5	35	8	80	65	65	65	130	12	120	41	41	3	15	1	10	265	691
30-nov	61	183	2	14	8	80	61	61	61	122	8	80	18	18	4	20	1	10	224	588
01-déc	66	198	1	7	14	140	66	66	66	132	14	140	19	19	1	5	1	10	248	717
Total	242	726	14	98	41	410	242	242	242	484	46	460	102	102	10	50	4	40	943	2612
IDE 3																				
Activité journalière	Installation		Pst simple		Cs pré-op		Transmissions		Entretien des locaux		Injection visco		Codage		Prélèvements		Pst complexe		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
28-nov	58	174	3	21	10	100	58	58	58	116	8	80	23	23	3	15	1	10	222	597
29-nov	60	180	7	49	12	120	60	60	60	120	11	110	39	39	4	20	2	20	255	718
30-nov	58	174	3	21	11	110	58	58	58	116	12	120	21	21	1	5	2	20	224	645
01-déc	68	204	2	14	12	120	68	68	68	136	10	100	22	22	3	15	2	20	255	699
Total	244	732	15	105	45	450	244	244	244	488	41	410	105	105	11	55	7	70	956	2659
IDE 4																				
Activité journalière	Installation		Pst simple		Cs pré-op		Transmissions		Entretien des locaux		Injection visco		Codage		Prélèvements		Pst complexe		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
28-nov	54	162	6	42	8	80	54	54	54	108	7	70	18	18	4	20	2	20	207	574
29-nov	61	183	6	42	13	130	61	61	61	122	11	110	25	25	3	15	2	20	243	718
30-nov	55	165	5	35	14	140	55	55	55	110	9	90	20	20	3	15	1	10	217	640
01-déc	70	210	2	14	17	170	70	70	70	140	12	120	30	30	5	25	2	20	278	799
Total	240	720	19	133	52	520	240	240	240	480	39	390	93	93	15	75	7	70	945	2721
Total général	968	2904	64	448	184	1840	968	968	968	1936	168	1680	400	400	48	240	24	240	3792	10656

Relevé des temps AS passés à leurs activités en consultation de chirurgie urologique

AS 1												
Activité journalière	Accueil installation		Aide technique		Tâches administratives		Commandes rangements		Entretien des locaux		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
27-nov	31	155	6	60	12	60	1	20	31	217	81	512
28-nov	22	130	5	50	11	55	1	20	22	154	61	409
29-nov	26	110	6	60	9	45	1	20	26	182	68	417
30-nov	12	60	4	40	12	60	1	20	12	84	41	264
Total	91	455	21	210	44	220	4	80	91	637	251	1602
AS 2												
Activité journalière	Accueil installation		Aide technique		Tâches administratives		Commandes rangements		Entretien des locaux		Total	
Date	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
04-déc	28	140	5	50	8	40	1	20	28	196	70	446
05-déc	27	135	6	60	11	55	1	20	27	189	72	459
06-déc	25	125	4	40	9	45	1	20	25	175	64	405
07-déc	13	65	3	30	7	35	1	20	13	91	47	241
Total	93	465	18	180	35	175	4	80	93	651	253	1551
Total général	184	920	39	390	79	395	8	160	184	1288	504	3153

Relevé des temps AS passés à leurs activités en consultation de chirurgie ophtalmologique

Activité journalière	Accompagnement des patients		Accueil patient		Administratif		Aide technique		Commandes rangements		Entretien des locaux		Prise de mesure réfraction		Total	
	nombre	Temps (min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
27-nov	1	10	7	7	12	120	25	250	0	0	1	130	24	72	70	589
28-nov	3	30	8	8	8	80	0	0	1	10	1	125	14	42	35	295
29-nov	4	40	10	10	6	60	0	0	1	10	1	120	56	168	78	408
30-nov	3	30	5	5	6	60	26	260	0	0	1	130	31	93	72	578
Total	11	110	30	30	32	320	51	510	2	20	4	505	125	375	255	1870
Activité journalière	Accompagnement des patients		Accueil patient		Administratif		Aide technique		Commandes rangements		Entretien des locaux		Prise de mesure réfraction		Total	
Date	nombre	Temps (min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
04-déc	2	20	12	12	8	80	24	240	0	0	1	145	29	87	76	584
05-déc	1	10	8	8	12	120	0	0	1	10	1	125	18	54	41	327
06-déc	4	40	16	16	14	140	21	0	1	10	1	130	46	138	103	474
07-déc	1	10	9	9	7	70	21	210	0	0	1	130	35	105	74	534
Total	8	80	45	45	41	410	66	450	2	20	4	530	128	384	294	1919
Total général	19	190	75	75	73	730	117	960	4	40	8	1035	253	759	549	3789

Relevé des temps passés par les orthoptistes à leurs activités en consultation de chirurgie ophtalmologique

Orthoptiste 1														
Activité hebdomadaire	Bilan orthoptique		Champs visuel		Basse vision		Réfraction		OCT		CAMPS		TOTAL	
Période	Nombre	Temps (min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)	Nombre	Temps(min)
semaine 1	21	630	10	300	0	0	96	960	12	240	1	180	140	2310
Orthoptiste2														
Semaine1	12	360	14	420	0	0	48	480	12	240	0	0	86	1500
Orthoptiste 3														
Semaine1	19	570	28	840	0	0	48	480	12	240	0	0	107	2130
Orthoptiste4														
Semaine 1	16	480	9	270	3	180	48	480	12	240	0	0	88	1650
Total semaine	68	2040	61	1830	3	180	240	2400	48	960	1	180	421	7590

Annexe 12

Retranscription des entretiens infirmiers

Entretien infirmier consultation externe de chirurgie Orthopédique- digestive-vasculaire en focus groupe

<p>1. Pas très satisfaisant ; certaines consultations sont parfois très lourdes notamment en orthopédie car beaucoup de volume. On court partout parfois sur trois salles en même temps et il ne faut pas avoir les deux pieds dans le même sabot. En vasculaire, il y a la lourdeur des pathologies et le profil des patients est compliqué. En digestif, toute la prise en charge carcinologique que nous ne faisons pas mais qui est compliquée lorsque le chirurgien annonce un diagnostic de cancer. On laisse repartir le patient avec sa peine, son incompréhension et toutes ces questions sans rien lui proposer.....Nous ne nous sentons pas très à l'aise dans cette activité...laissons les médecins faire mais avons conscience que les patients repartent mal...Nous avons conscience que l'organisation est arrivée à son terme mais....nous, nous voulons être reconnues dans nos activités.</p>
<p>2. - Les outils tels que ORBIS, imagerie santé pour les radios de l'extérieur, le PACS pour les radios du CHM - Conserver 1 secrétaire et 1 IDE/chirurgien/2 salles car plus efficient pour l'orthopédie - Mutualisation des spécialités : + riche</p>
<p>3. L'entraide n'est pas suffisamment importante. Nous souhaiterions des rencontres avec des temps d'information plus régulier au sein de l'équipe et avec l'encadrement, mais aussi travailler sur des projets communs. Les espaces au secrétariat sont trop petits, et il n'y a pas de lieu de travail pour l'IDE. N'avons pas de bureau IDE ni de salle de soin.</p>
<p>4. Bénéficier d'un vrai temps pour informer les patients car aujourd'hui tout se fait très vite, parfois même dans le couloir, car le chirurgien veut dicter dans sa salle seul et nous sentons bien qu'on le dérange. Il faudrait que l'organisation nous dégage du temps pour réaliser cette activité, car ça relève de notre compétence et c'est valorisant, plus que ce que l'on fait aujourd'hui. Il faudrait organiser un système qui soit plus proche du patient, plus centré sur lui. Il nous paraît important que les agendas, notamment pour les programmations des 1ères fois, soient mieux respectés, ce qui nous permettrait de moins presser le patient. Il serait aussi nécessaire d'éviter les surcharges avec les rajouts venant des sorties d'hospitalisation, des patients qui rappellent, et des patients vus en consultations avancées dans les autres CH sans qu'on ne soit informé. C'est très désorganisant. Et puis, il serait bien que les différents logiciels aient des interfaces notamment ORBIS et CORA, car pour nous c'est une véritable perte de temps. Il faudrait améliorer le parcours du patient qui est, on peut le dire, un vrai parcours du combattant.</p>
<p>5. Il faudrait une organisation qui nous permette d'être reconnues par notre travail, nos compétences ; quelque chose qui ne nous donne pas l'impression de faire du travail à la chaîne comme là, qui soit censé, et qui maintienne nos valeurs humanistes. Il faudrait aussi que nous menions une réflexion sur nos pratiques car on a l'impression de faire les choses par mimétisme et ce n'est pas trop professionnel ; dans tous les cas ce n'est pas comme cela que nous avons été formés. Nous manquons d'outils pour assurer une information complète à chaque patient, d'ailleurs nous ne faisons pas la même chose, ne donnons pas les mêmes informations et nos collègues des étages nous disent que parfois les patients ne semblent pas avoir compris ce que nous avons pu expliquer. Et ce n'est pas très gratifiant pour nous, car on a l'impression de ne pas avoir fait notre travail correctement. Et nous voulons être fières de ce que l'on fait. Il faudrait travailler avec les chirurgiens des procédures type chemin clinique pour nous aider à</p>

donner des informations pertinentes, claires et précises avec des schémas à l'appui.

6. Une organisation où tout le monde travaille ensemble en bonne intelligence, avec respect, courtoisie, solidarité. Avec un temps suffisant à donner à chaque patient, notamment pour que sa prise en charge soit meilleure, plus rassurante et nous permette d'assurer des transmissions afin d'avoir un suivi satisfaisant. Aujourd'hui, nous faisons des pansements de plaies chroniques, mais nous ne traçons rien nulle part ; de fait, lorsqu'une collègue fait à son tour le même pansement, nous n'avons aucune information sur l'évolution de la plaie. Et ce n'est pas sécurisant ni qualitatif. Et surtout, ce qui nous tient vraiment à cœur est la reconnaissance de notre travail

7. Avoir des temps de partage pour développer un réel esprit d'équipe, pour construire une vraie équipe solidaire, soudée et une harmonisation des pratiques. Avoir une organisation qui soit centrée sur le patient et qui nous laisse une place à nous les IDE. Que nous ayons un sentiment d'utilité et pas d'être utilisées. En orthopédie, il faut améliorer ou créer, devrions-nous dire, une vraie filière main et urgence car aujourd'hui, rien n'est organisé. Tout se fait au pied levé et ce n'est pas satisfaisant pour nous, car on doit faire preuve de beaucoup de persuasion pour faire accepter certains patients de ces deux filières aux orthopédistes et c'est loin d'être simple.

8. Y aura-t-il une réduction de poste IDE ? Secrétaire ? alors que le nombre de praticiens augmentent.
Y aura-t-il une mobilité ? qui sera choisi ? quels seront les critères ? comment cela va s'organiser ? et quand ? qu'est-ce qui va nous être proposé ? Nous sommes inquiètes quant à l'idée de retourner dans un service de soin avec tous les changements qu'il y a eu ces derniers mois. Nous ne nous en sentons pas capable avec le turn over et il y a certains soins qu'on ne fait plus, des pathologies qu'on ne voit plus et puis ça va vite, même si ici ça va vite, l'activité n'est pas la même.

Entretien infirmier plâtrier de chirurgie Orthopédique en focus groupe

(1 avec 8 ans d'expérience, 1 avec 6 ans d'expérience et 1 arrivée en mai 2017)

1. Très satisfait. Bonne organisation entre les gypsothérapeutes et on essaie de s'entraider avec les IDE.
2. Conserver les 2 agents par jour mais s'adapter au présentisme chirurgical. La bonne ambiance- l'entraide pour les injections de visco-supplémentation et accompagner les patients aux sanitaires par exemple.
3. Activité parfois compliquée avec les surcharges de la consultation liée à la traumatologie dans les services de soins. Beaucoup de prescription orale même si un document existe. Lorsqu'il existe, le plâtrier effectue ses soins sur les dires de l'IDE car le matin la secrétaire d'hospitalisation récupère les documents de prescription pour préparer ses sorties. Donc beaucoup d'appel vers les chirurgiens pour vérifier. Perte de temps et d'énergie alors qu'il existe un outil. Et qu'il y a déjà eu des « gags ».
4. Accès au patient dans le CHM et en consultation. Il faudrait des fauteuils roulants en consultation et un brancard.
5. Confiance-disponibilité mutuelle- compter les uns sur les autres- collaboration
6. Organisation fluide ou tout le monde peut compter les uns sur les autres et chacun trouve sa place sans aucun jugement.
7. Travailler encore plus ensemble
8. Suppression des gypsothérapeutes car à priori certains chirurgiens ont évoqué cette possibilité ; on serait remplacé par les externes !

Entretien Infirmier en Urologie (focus groupe)

<p>1. Satisfaite du fait de la spécialité car apprécions celle-ci mais aussi de la complémentarité avec les aides-soignantes. Par contre, la désorganisation médicale nous désorganise et nous fait faire du temps supplémentaire alors que nous, nous sommes organisées. Nous sommes disponibles, volontaires, dynamiques mais il y a des limites. Nous ne sommes pas surs qu'ils se rendent compte de cette désorganisation, pourtant on le leur dit mais ils font de l'humour. En attendant, lorsqu'ils ont fini, ils partent, mais nous, nous avons encore beaucoup de choses à faire mais ça ils ne le voient pas et ils ne s'y intéressent pas non plus.</p>
<p>2. Travail avec l'unité 51, service d'hospitalisation d'urologie, et des rencontres avec les unités d'hospitalisation pour maintenir le lien. La reconnaissance de notre travail, de nos compétences, nos capacités, notre expérience. Retravailler sur la consultation d'annonce IDE car nous la réalisons au décours de la consultation avec le chirurgien mais le patient n'est plus dans l'écoute, et nous, nous avons beaucoup d'informations à lui transmettre, informations qui passent mal ou pas.</p>
<p>3. La désorganisation médicale, les rajouts de consultations au pied levé pour arrangement personnel.</p>
<p>4. Eviter les rajouts réguliers sur les plages de consultation désorganisant l'activité paramédicale. Respecter les trames de RDV travaillées et peut-être les retravailler</p>
<p>5. Collaboration et suppression des consultations sauvages. La reconnaissance de notre travail.</p>
<p>6. Organisation fluide sans surprise et sans désorganisation.</p>
<p>7. Travailler encore plus ensemble.</p>
<p>8. Augmentation du nombre de salle puisque nous devrions en avoir plus et le lien avec les effectifs. Car qui dit plus de salles de consultations dira plus de consultation mais l'effectif soignant lui, que va-t-on en faire ?</p>

groupe

1. Plutôt satisfaite. Bonne collaboration avec les praticiens et surtout une reconnaissance du travail accompli et de l'investissement
2. Reconnaissance du travail et de nos compétences. Notre autonomie.
3. La confidentialité pas toujours respectée. L'agressivité des patients qui attendent. La collaboration avec les secrétaires et orthoptistes pas toujours ce que l'on souhaiterait. On a trop souvent la sensation d'une scission dans les prises en soin entre nous et les secrétaires. Nous travaillons les uns à côté des autres mais pas suffisamment ensemble. Pourrions travailler plus ensemble. Avons parfois l'impression de travailler chacun dans notre coin, ce n'est pas toujours le cas, mais on pourrait faire mieux.
4. Avoir plus de salle pour consulter car un peu compliqué d'organiser le planning des consultations et les chirurgiens sont très demandeurs. En plus il y a les internes qui consultent aussi et il faut trouver une place pour tout le monde en essayant d'être équitable. Avoir les bonnes informations quand on fait des consultations d'information préopératoire au patient car parfois sommes obligées de courir après l'info et déranger à nouveau le praticien en consultation.
5. De la reconnaissance du travail accompli, de notre investissement, de notre disponibilité, de nos compétences et la valorisation de tout notre travail. Et de poursuivre notre travail de collaboration.
6. Une organisation ou la planification médicale serait meilleure : parfois ils sont tous présents et le lendemain il sont beaucoup moins nombreux. Parfois on va voir 80 patients dans une journée et le lendemain plus de 200. On a parfois l'impression que certains chirurgiens font passer leur activité privée en ville avant l'organisation à l'hôpital alors que la demande est importante.
7. Plus de disponibilité pour avoir des plages d'anesthésie. Une fluidité plus importante dans l'organisation médicale. Avoir un cadre de santé que pour la cs d'ophtalmo car il y a beaucoup de choses à revoir et avons eu la sensation d'être « abandonnées » pendant quelques années.
8. Avoir des locaux moins grands et moins en nombre car depuis que nous avons travaillé sur ce projet, il y a plus d'un an maintenant, nous avons fortement augmenté l'activité. Et en regardant les plans, il nous semble avoir moins de salle dans le nouveau bâtiment que maintenant, et ça « ça nous inquiète tous, car ici on a fait des travaux et ça fonctionne plutôt bien »

Annexe 13

Retranscription des entretiens Aides-soignants

Entretien Aide-Soignant en ophtalmologie

1. Satisfaite depuis ma prise de poste nouvelle au 1 ^{er} mai. Cela va vite, mais c'est intéressant. Je découvre une nouvelle spécialité et j'apprends beaucoup de choses
2. La collaboration avec l'infirmière et la reconnaissance du travail accompli.
3. Moi personnellement aucune mais peut-être une fluidité plus importante pour les patients car ils « s'agglutinent tous » devant la banque et ce n'est pas satisfaisant pour la prise en soin et encore moins pour la confidentialité
4. L'architecture pour maintenir la confidentialité
5. Du respect et de la reconnaissance.
6. Une organisation où le patient n'attend pas ou peu.
7. Aucune, moi je pars à la retraite en novembre 2018 donc je ne vivrai pas le déménagement mais je vais travailler avec vous et mes collègues sur le projet pour ma future collègue

Urologie (x2)

<p>1. Organisation soignante satisfaisante avec une bonne collaboration avec les infirmières d'Urologie mais non organisée sur les deux autres spécialités proches que sont le digestif et le vasculaire. Quant à l'ophtalmologie, organisation saccadée au coup par coup avec manque de coordination et communication. Impression de bouche trou.</p>
<p>2. Collaboration</p>
<p>3. Problème de communication avec le service d'ophtalmologie, car devons remplacer notre collègue et ce n'est pas toujours bien organisé ni anticipé. Problème de programmation sur les listes de consultation, car l'agenda défini préconisait de programmer 1 fibroscopie toutes les 30 minutes et avec tous les rajouts des praticiens mais aussi des secrétariats des unités d'hospitalisation ou de l'ambulatoire, nous arrivons à une programmation toutes les 10 minutes. Non réalisable sur ce temps donc débordement car le chirurgien consulte en plus à côté.</p>
<p>4. Planification des fibroscopies avec respect de l'amplitude de programmation. Communication entre les différents professionnels sur le futur plateau technique.</p>
<p>5. Du respect et de la reconnaissance</p>
<p>6. Une organisation au service du patient sans trop de débordement avec une communication efficiente sur les différentes spécialités.</p>
<p>7. Un service organisé. Donc définir qui fait quoi ? quand ? où ? comment ? pourquoi ? et peut-être éviter certains comportements individualistes. Par exemple, certains préparent leur liste de consultation, mais on ne prépare pas celle de la collègue !!!</p>
<p>8. Surface des salles sera-t-elle suffisante pour accueillir des brancards ? qui surveillera les patients non valides en salle d'attente ? y aura-t-il une mobilité des professionnels ? et comment sera-t-elle organisée ?</p>

Annexe 14

Retranscription des entretiens médicaux

Entretien chirurgical digestif

<p>1. Insatisfaite. Pas opérationnelle. L'infirmière a des missions qui ne relèvent pas de ses compétences. Fait des choses dont on n'a pas besoin, par exemple « installer un patient en salle de consultation pour nous, on est capable de le faire et moi j'aime bien prendre le dossier avant que le patient ne soit installé ; je trouve que c'est plus professionnel et au moins je sais à qui je m'adresse alors que là j'arrive dans la salle et le patient est déjà installé et je ne sais même pas pourquoi il vient !!! »</p>
<p>2. Les professionnelles infirmières en nombre, certes mais il faut retravailler sur les attendus</p>
<p>3. Système de borne à bannir, aucun intérêt ni plus-value bien au contraire. Le fameux dossier papier qu'on utilise de moins en moins et qui obligerait les praticiens à mieux et plus utiliser le dossier informatique. Les secrétariats sont innombrables, inacceptables ; les secrétaires étant les unes sur les autres. Aucune confidentialité. Il n'y a pas de salle de soin, de bureau infirmier, de consultation d'annonce infirmière. Il faudra y remédier dans le nouveau bâtiment.</p>
<p>4. Travail autour de la confidentialité</p> <ul style="list-style-type: none"> - travail autour de l'organisation infirmière et secrétaire car c'est désorganisé, non fluide, inefficace, insatisfaisant. Je souhaiterais que nous y travaillions dès Janvier 2018 - travail autour de la dépilation car le document, pourtant travaillé par la cellule qualité, est inadapté. - développement de la cs post annonce IDE rapidement
<p>5. Une organisation de travail efficiente ou tout le monde travaille ensemble en bonne intelligence, avec des missions clairement définies pour chacun y compris pour nous les praticiens. Il est vrai qu'il est très confortable pour certains de mes confrères, d'avoir des infirmières qui « font les petites mains » mais est-ce ce dont on a besoin aujourd'hui ? en avons-nous encore les moyens ? et quelle plus-value pour les infirmières ? je pense que le niveau d'étude des infirmières devrait leur permettre aujourd'hui d'avoir plus d'autonomie, non ?</p>
<p>6. Une organisation dans des locaux où la confidentialité serait respectée, où chacun aurait des missions bien définies pour valoriser les soignants, avoir une utilisation optimale des compétences. Ma demande étant de fluidifier le parcours des patients et permettre à chacun de travailler dans de bonnes conditions, où chacun serait satisfait de ce qu'il fait et prendrait plaisir à venir au travail. C'est aussi avoir des patients satisfaits, qui ne perdent pas de temps avec des bornes qui ne servent à rien. Ce dispositif mis en place il y a plusieurs années est ridicule....et me met en colère. Il faut trouver une organisation qui permette au patient d'avoir une lisibilité de son parcours, une facilité d'accès.</p>
<p>7. Au niveau médical, que nous travaillions plus sur la convergence médico-soignante et ne pas se contenter de penser que le soignant est à notre disposition. Pour cela je suis prête à travailler les outils dont vous aurez besoin ; il faut juste faire le point avec les équipes pour savoir ce qu'elles souhaitent.</p>
<p>8. Aucune. Avec une nouvelle architecture, des locaux plus adaptés et une organisation optimisée, nous devrions arriver à travailler correctement</p>

Entretien avec le chirurgien ophtalmologue

<p>1. Un peu difficile car nous voyons beaucoup de patient par jour et la demande est importante avec un réseau de ville saturé. Les secrétaires sont en difficultés, elles se font agresser par les patients au téléphone lorsqu'elles ne peuvent donner un Rendez-vous comme les patients le souhaitent. Vu le nombre de patients vu chaque jour, elles n'arrivent plus à taper en temps et en heure les compte rendu de consultation. On ne sait pas comment les aider. Il faudrait recruter, en plus il y a, il me semble, beaucoup d'arrêt de travail. Quant aux infirmières, elles font ce qu'elles peuvent pour fluidifier l'organisation, mais ce n'est pas facile tous les jours car le volume de patient est important et nous sommes une spécialité très consommatrice d'examen. Pour les orthoptistes, il nous en faudrait plus, au moins une par praticien tous comme les secrétaires. Aujourd'hui les orthoptistes réalisent les OCT, mais ça ne va pas assez vite ; la demande est importante. En plus, c'est peu gratifiant de faire cette activité. Il faudrait trouver un autre métier pour faire cette activité. Et puis, l'entente au sein de l'équipe médicale est tendue, même très tendue surtout avec les rétinologues. Nous sommes tous des assistants sauf Mme ..., à mi-temps mais qui ne s'implique dans rien. Et moi, même si on m'a demandé de faire office de chef de service, je n'ai pas d'expérience. J'ai la sensation que nous ne travaillons peut-être pas assez ensemble.</p>
<p>2. L'entente entre nous, le dynamisme des équipes, la volonté d'y arriver. Notre souhait de travailler ensemble avec toute l'équipe. Mais aussi le nombre de salle actuelle et ce serait même bien d'en avoir plus, car nous envisageons d'augmenter notre activité pour répondre à l'activité de la ville et c'est aussi la demande de la Direction. Mais ça ne pourra pas se faire avec les mêmes effectifs et si nous recrutons des médecins il faudra qu'ils puissent consulter ; et il n'est pas question de nous, nous priver de plages de consultation.</p>
<p>3. Le nombre de consultation chaque jour et donc le nombre de compte rendu de consultations à faire par les secrétaires. La demande exponentielle de consultation de la ville et notre incapacité d'y répondre. On a l'impression de toujours courir entre les consultations, les différents blocs. Et il nous faut un service adapté à nos besoins, en nombre de salle de consultation, de salle d'examen et toute la réglementation liée à la surface des salles. D'ailleurs, nous, nous n'avons jamais demandé à déménager, le service est très bien ici. C'est l'équipe d'avant qui a fait tous ces choix que nous ne validons pas forcément.</p>
<p>4. Avoir encore plus de salle de cs pour développer notre activité mais il faudrait adapter le nombre des professionnels. Revoir nos plages de vacances pour les fluidifier mais en nous laissant des temps pour faire notre activité privée car nous souhaitons la développer rapidement. Nous aimerions avec un de mes collègues diminuer notre temps de travail sur le CHM, pour développer notre activité privée à l'extérieur et bénéficier des blocs opératoires avec même des plages opératoires relevant du secteur privé.</p>
<p>5. Une grande collaboration, beaucoup de respect, d'entraide. Que chacun se sente bien au travail et une organisation soignante facilitant celle du chirurgien, tout en respectant le travail de chacun, bien sûr.</p>
<p>6. Une organisation optimale, alors ce serait une organisation où tous les patients et professionnels seraient contents. Avec une planification respectée, sans débord, sans déprogrammation et surtout sans pression. Mais c'est un peu illusoire....</p>
<p>7. Retravailler sur nos plages de consultation car j'ai conscience que certains d'entre nous avons des listes doubles voire triples. Optimiser l'aide donnée par les</p>

orthoptistes pour nos consultations. Eviter de déprogrammer nos consultations au pied levé. Lisser notre activité pour éviter des journées très chargées et les autres très light. Il faudrait aussi qu'on retravaille sur la filière urgence, qui je sais que vous le pensez, est mal définie. C'est un gros travail et pour le moment aucun d'entre nous n'a réellement envie de s'y pencher. C'est pour cela aussi, qu'on compte sur vous pour la réorganiser, et pas seulement. C'est pour cela que, moi et mes confrères, réitérons notre demande d'avoir un cadre que pour le secteur d'ophtalmologie et pas pour le secteur que vous avez.

8. L'architecture car en regardant les plans, nous aurons moins de salles dans le nouveau bâtiment qu'actuellement et nous nous demandons comment nous pourrions développer notre activité. C'est tout simplement impossible et aberrant de nous demander cela. L'ancienne équipe a validé ce projet mais pas nous ; nous, nous subissons ces choix et nous préférons rester dans ces locaux, beaucoup plus adaptés que les nouveaux.

Entretien avec l'orthopédiste

<p>1. Pas satisfaite car voyons énormément de patients, n'allons pas manger, courons partout sans parler des urgences, de la filière main. L'infirmière nous aide beaucoup, nous ne pourrions pas voir autant de patients sans assistance. Même si j'ai conscience que les infirmières valent mieux que cela. Mais ce n'est pas le cas de tous mes collègues, particulièrement, les plus anciens, qui n'envisagent pas de consulter sans aide. Malgré tout, nous travaillons dans une bonne ambiance avec beaucoup de convivialité.</p>
<p>2. L'aide d'un professionnel de santé. Je ne sais le métier le plus opportun, peut-être pas une infirmière ? mais il nous faut de toute façon du temps infirmier pour nous aider à réaliser les injections, faire les pansements. Et il nous faut la secrétaire. Après comment ? quoi ? combien ? je ne sais pas. C'est vrai que dans beaucoup d'établissement, le chirurgien consulte tout seul, alors pourquoi, nous on n'y arriverait pas. Je crois que c'est historique et surtout très confortable, je le redis. Moi, il m'arrive de consulter seule et je m'en sors mais, je ne suis pas seule. Il faut s'en doute attendre que les plus « vieux » partent pour pouvoir changer un peu les habitudes.</p>
<p>3. Le nombre de patient vu par vacation : de la folie....mais en même temps une demande très importante. Peut-être à nous de revoir les patients qui sont réellement à voir et ceux qui ne le sont pas. A rediscuter entre nous mais n'avons pas la même façon de voir les organisations entre les anciens et les nouveaux. N'allons donc quasiment jamais manger, enchaînons un bloc derrière les consultations sans manger ou l'inverse. Ce n'est pas terrible, je le sais. Ce serait bien que les infirmières aient un bureau et une salle de soin, une vraie salle de soin.</p>
<p>4. Les vacations des chirurgiens et particulièrement le mercredi après-midi, je souhaiterais que la consultation des praticiens s'arrête à 16h pour le bureau d'ortho. Le flux de patients à respecter, car il y a, en principe, un nombre de patient moyen à voir, et beaucoup sont encore au-dessus, embolisant ainsi les salles pour les collègues qui viennent l'après-midi. Moi j'y suis de plus en plus vigilante. La qualité de vie au travail. L'organisation de l'activité chirurgicale. La filière main</p>
<p>5. Une entraide, une collaboration. Beaucoup de respect entre chacun d'entre nous. Le maintien de cette convivialité et du dynamisme de l'équipe paramédicale. Que chacun se sente bien dans son travail même si j'ai conscience que les infirmières valent mieux et pourraient travailler différemment, mais je ne peux pas amener tous mes collègues à changer.</p>
<p>6. Une organisation où chacun des professionnels serait satisfait, le patient aussi, peu d'attente, pas de désorganisation, une harmonisation des pratiques médicales, et des soignants employés sur leur juste compétences mais, comment faire...il faudra du temps et surtout ne pas rentrer dans l'opposition ou la confrontation car elle pourrait être violente...et nous n'aurions rien à gagner...</p>

7. Aucune pour le moment mais je parle pour moi, jeune chirurgien ; même si je redis qu'il y a des choses à améliorer notamment pour les infirmières. Mes confrères, surtout les anciens, ne veulent que l'on touche à rien, qu'on ne modifie rien ; ils se plaignent mais ne veulent pourtant rien changer. Ils veulent garder une organisation adaptée à leur présentisme et que les autres s'adaptent à eux sans remise en question. Il y a du travail mais je ne sais pas par où prendre les choses sachant que je suis une jeune chirurgienne et en plus une femme, donc le positionnement est loin d'être simple. Il faut se donner du temps et garder notre dynamisme et volonté d'améliorer le système.

8. Je n'en ai pas vraiment, car avec le nouveau bâtiment nous aurons deux salles de consultations en plus, donc nous allons pouvoir croître notre activité. Sauf, que je crois, que le personnel ne va pas augmenter, il me semble. Donc peut-être que nous serons obligés de faire des concessions sur l'organisation, mais ce sera difficile pour certains. Il faut attendre que quelques-uns de mes collègues partent, les plus récalcitrants...

Entretien avec l'urologue

1. Très satisfait. Tout se passe bien. Pas de problème. Avons des professionnelles compétentes, dynamiques, opérationnelles.
2. Tout. Rien n'est à changer. Voulons transposer toute notre organisation sur Plantagenet car tout se passe bien. Surtout garder nos professionnels en nombre et en personne.
3. Les locaux pour les secrétaires : un peu exigu et une salle de soin pour les infirmières. Une salle d'attente plus grande pour les patients.
4. Rien. Bon parfois je déborde, j'arrive en retard ce qui peut, peut-être, désorganiser les soignants, mais ils s'adaptent et c'est bien ce qu'on attend d'eux ? et puis, nous ramenons de l'argent car les consultations rapportent et nous permettent de générer des séjours en hospitalisation. Donc il faut mettre les moyens.
5. Une aide pour notre activité technique et de la collaboration.
6. Celle qu'on a....car elle fonctionne bien.
7. Je n'en vois pas car nous n'avons pas de souci. Peut-être si l'on doit améliorer quelque chose, ce serait d'essayer de ne pas dépasser nos vacations mais nous avons beaucoup de patients avec beaucoup de gestes techniques ce qui n'est pas le cas dans les autres spécialités. Chez nous c'est différent. Mes confrères des autres spécialités font de la consultation simple avec très peu de gestes techniques, contrairement à nous. Donc, nous, nous avons besoin de toujours avoir des soignants avec nous. Bien qu'une fois par semaine, nous consultons sans infirmière, un après-midi, mais c'est une consultation sans geste.
8. Qu'on veuille tout changer, tout mutualiser, réduire les personnels et partager nos professionnels.

Entretien Chirurgien vasculaire

1. Organisation des consultations insatisfaisante : aucun intérêt d'avoir les infirmières « dans nos pattes », aucune plus-value. Secrétaires débordées par leurs activités auxquelles sont venues se rajouter l'information au patient avant une chirurgie.
2. Les secrétaires référentes par spécialités.
3. Une information relative à une hospitalisation faite par les secrétaires, car les infirmières ne sont présentes qu'au pansement. Il y a eu une incompréhension lorsque nous avons dit que nous ne voulions plus d'infirmières en salle avec nous ; ce que nous avons voulu dire c'est qu'elles se réapproprient leurs rôles ce qui n'a pas été le cas. Leurs études devraient pouvoir leur permettre d'être plus autonomes, en tout cas, je le pensais. Manque de fluidité dans le parcours du patient avec des passages incessants aux bornes, qui ne donnent aucun sens à la prise en charge et n'ont apporté aucune fluidité dans l'organisation, bien au contraire. Non harmonisation des pratiques médicales, il faudrait qu'on travaille dessus mais...Quant aux infirmières, j'ai parfois, la sensation, et j'espère que je me trompe, que certains soignants sont là parce qu'ils ne peuvent plus être ailleurs, sensation de « planque ». Se pose la question de la compétence des professionnels dans cette spécialité.
4. Recentrer les infirmières sur leur cœur de métier plus valorisant. Développer les compétences nécessaires à l'exercice de l'activité à la consultation. Rendre les prises en charge plus efficaces. L'idée serait même de travailler autour de l'autonomie de l'infirmière dans le cadre des consultations pansements par exemple. Pour moi, la reconnaissance passe par les capacités des infirmières à réaliser des soins en lien avec leurs compétences et non à faire du présentisme dans nos salles
5. Une meilleure communication. Une vraie collaboration. L'optimisation de l'activité par le développement d'une nouvelle organisation associant autour du patient, le praticien, la secrétaire et l'infirmière. Que chacun retrouve sa place, une place cohérente et adaptée aux compétences de chacune.
6. Une organisation permettant d'avoir un parcours patient fléché, fluide, permettant une prise en charge efficace avec une pleine collaboration entre chacun des partenaires. Une organisation qui permettrait aux professionnels de retrouver une vraie place, la bonne place.
7. Réfléchir à une consultation infirmière pansement en toute autonomie sans avoir à déranger le chirurgien, sans que le patient ne voit le chirurgien mais uniquement lorsque l'infirmière le juge nécessaire de par ses compétences. Refaire le point sur les compétences des infirmières et peut-être envisager une ré-immersion en service. Revoir le protocole de varices car très différent d'un praticien à l'autre, comme d'autres d'ailleurs. Créer du lien entre les secrétariats, infirmières, praticiens.
8. Aucune à partir du moment où l'on aura retravaillé les organisations avant le déménagement et qu'elles auront été évaluées.

Annexe 15

Gantt du projet

Consultations externes de chirurgie digestive et vasculaire				2017												2018				
Thème	Tâches à réaliser	Responsable	Ressources/objectifs	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.		
Analyse Réflexion Identification du changement Détermination de la solution	Rencontre des chirurgiens et soignants référents des spécialités concernées	L.Béranger	Fiches de poste-organisation actuelle- définir les points forts- points faibles - axes d'amélioration			Réalisé														
	Outil de collecte des données	L.Béranger	Analyse quali-quan...		Réalisé															
	Collecte des données	L.Béranger	Communication-comptes-rendus de réunion - boîte à idées - cahier de transmissions pour faciliter l'appropriation par chacun du projet			Réalisé														
Démarche projet	Lancement de la démarche	L.Béranger	Communication			Réalisé														
	Diagnostic partagé	L.Béranger	Power-point				19-janv													
	Négociation des objectifs et moyens	Formalisation du diagnostic	L.Béranger	Power point				19-janv												
		Partage du diagnostic	L.Béranger	Communication				19-janv												
		Réunions de travail avec les équipes soignantes	L.Béranger	Elaboration des situations clés						09-févr										
			L.Béranger	Formalisation de la cartographie des compétences IDE						09-23 févr										
			L.Béranger	Formalisation des outils d'aide au déploiement de la consultation d'annonce IDE						09-23 mars										
			L.Béranger	Formalisation de la consultation d'information et pansement						30-mars										
			L.Béranger	Formalisation des outils de suivi et organisation de la coordination entre tous les partenaires							06-avr									
			L.Béranger et cadre supérieur de santé+ DRH	Evaluation des besoins en ressources humaines					Réaliséx			Réalisé			x					
			L.Béranger et cadre supérieur de santé	Elaboration du plan de formation												27-avr				
		Réunions de concertation avec les équipes chirurgicales	L.Béranger + infirmières	Réunions				19-janv		07-mars	20- 23- 24 avril	22-mai				18-sept				
		Rencontre avec les partenaires extérieurs	L.Béranger + équipe soignante+ cadre supérieur	Rencontre ville/hôpital						29-mars										
		Formation action	L.Béranger + cadre des unités d'hospitalisation	Unités d'hospitalisation										x	x	x	x			
		Formation institutionnelle	L.Béranger	IDE stomathérapeute										x	x	x	x			
		Rencontre avec le COPIL + bureau pôle chirurgie	L.Béranger+Cadre supérieure	Formation permanente							en cours							x		
		Test du projet	Phase test Maquette 1	L.Béranger	Avancée des organisations					Réalisé	Réalisé			x						
			Phase test Maquette 2	L.Béranger	Terrain									Du 04 au 15						
			Phase test Maquette 3	L.Béranger	Terrain									Du 18 au 29						
			Réajustement	L.Béranger	Rencontre quotidienne									15 et 29-juin	13-juil					
		Déploiement	Mise en œuvre	L.Béranger	Terrain et l'organisation formalisée										16-juil					
Evaluation	Dresser un bilan	L.Béranger	Indicateurs												17-sept			14-déc		

Annexe 16

Grille d'autoévaluation des activités infirmières

Grille d'auto-évaluation des différentes activités

réalisées par l'infirmier(e) en consultation

externe de chirurgie

Activités communes	A améliorer	Pratique courante	Maîtrise	Expertise	Non pratiqué
Accueil					
Installation					
Orientation					
Transmissions					
Codage					
Pansements simples					
Réalisation de prélèvement					
Entretien des locaux					
Tâches administratives					
Toilette génito-anale					
Activités spécifiques					
Consultation RAAC					
Consultation d'information					
Consultation de programmation					
Aide aux biopsies					
Pansement escarre					
Pansement brûlure					
Pansement vasculaire					
Prélèvement sur plaie					

Annexe 17

Résultats des autoévaluations des activités infirmières

Auto-évaluation des activités IDE communes en digestif et vasculaire

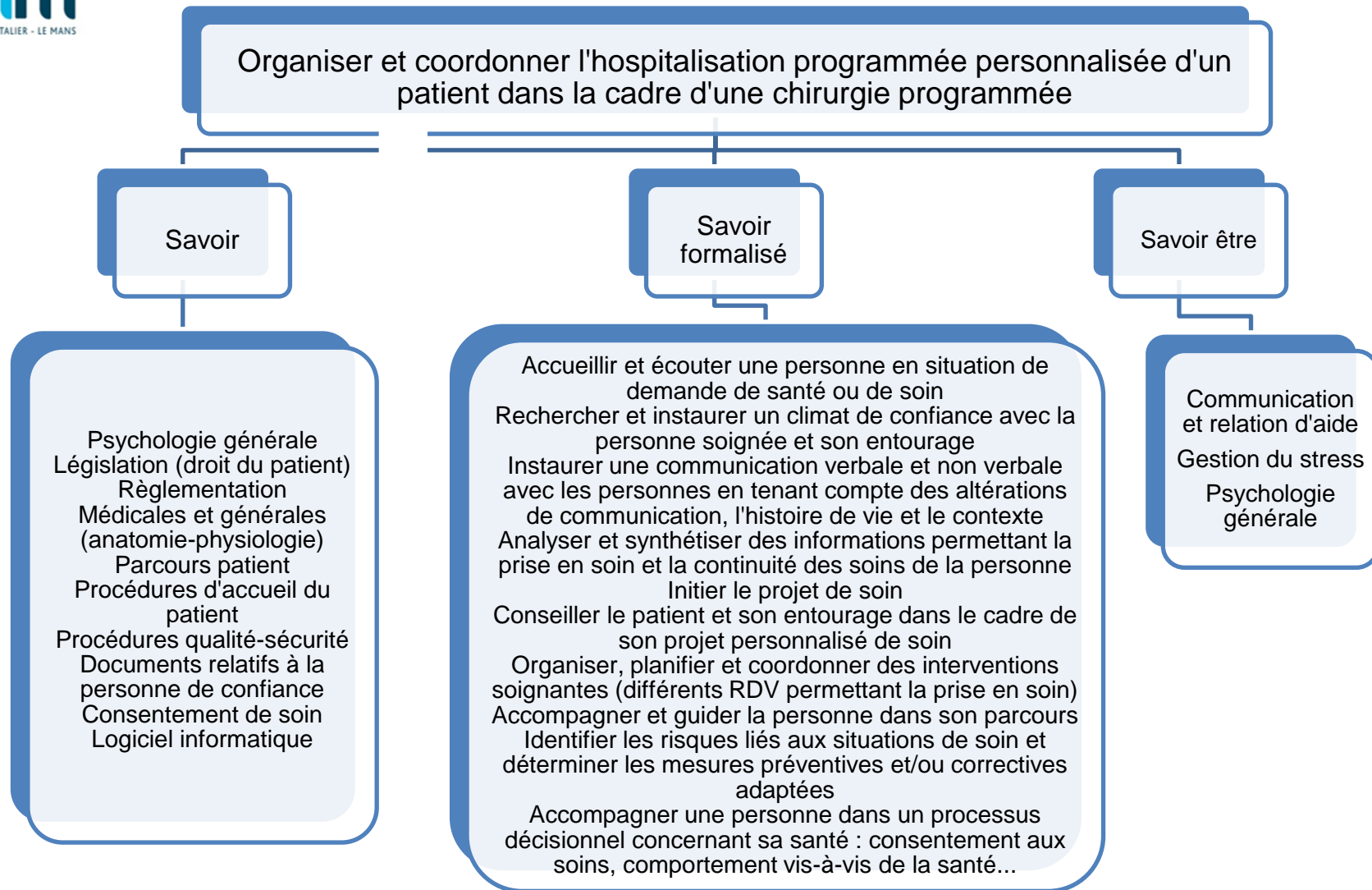
Activités IDE communes	A améliorer	Pratique courante	Maîtrise	Expertise	Non pratiqué
accueil patient	0	0	2	5	0
installation patient	0	0	3	4	0
orientation patient	0	0	6	1	0
transmissions	0	4	3	0	0
codage	0	7	0	0	0
pansements simples (ablation fils, agrafes)	0	0	6	1	0
réalisation de prélèvements	0	0	7	0	0
entretien des locaux	0	7	0	0	0
tâches administratives (préparer des dossiers)	0	2	5	0	0
toilette génito-anale	1	0	1	0	5

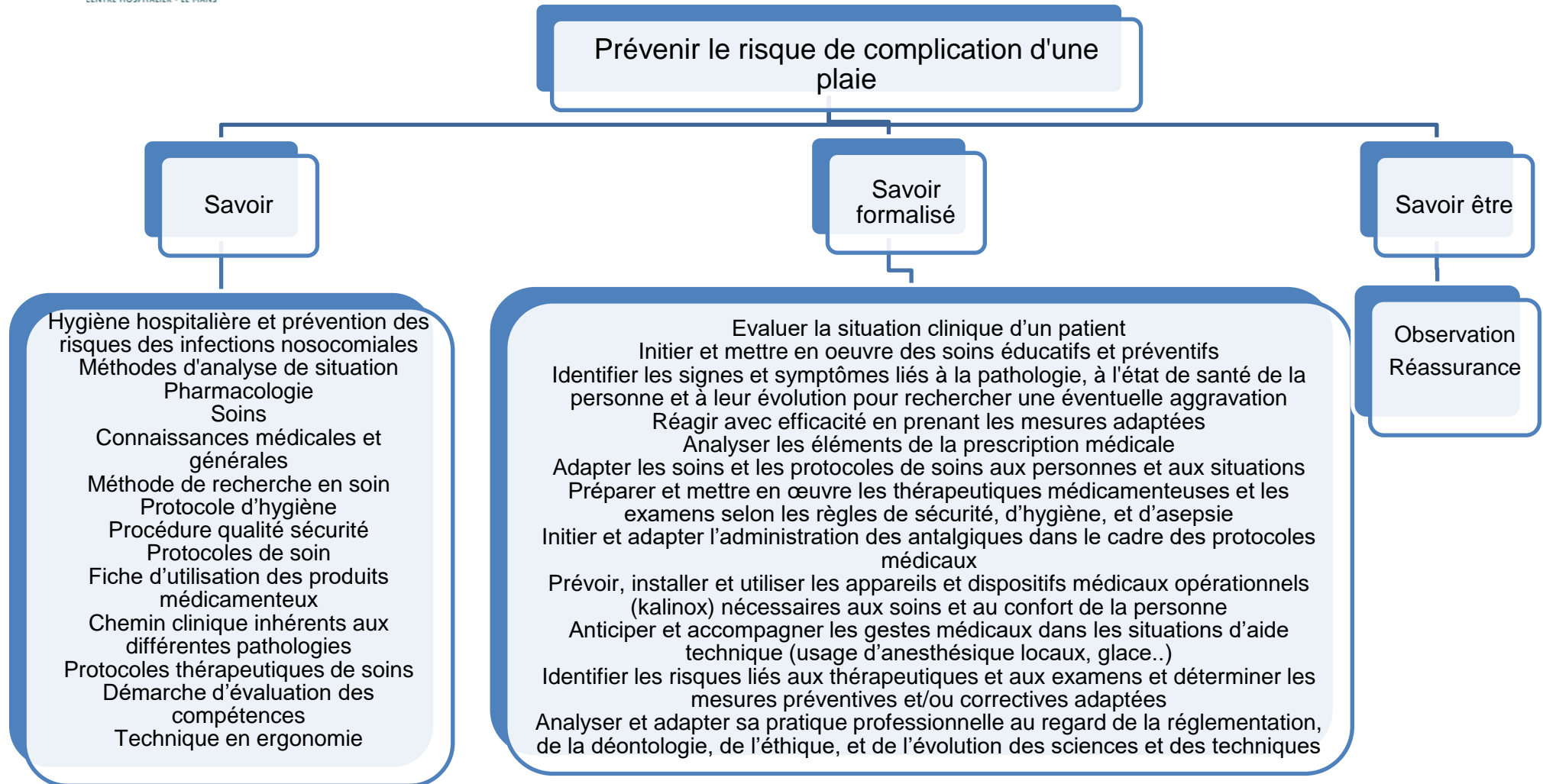
Auto-évaluation des activités IDE spécifiques en digestif et vasculaire

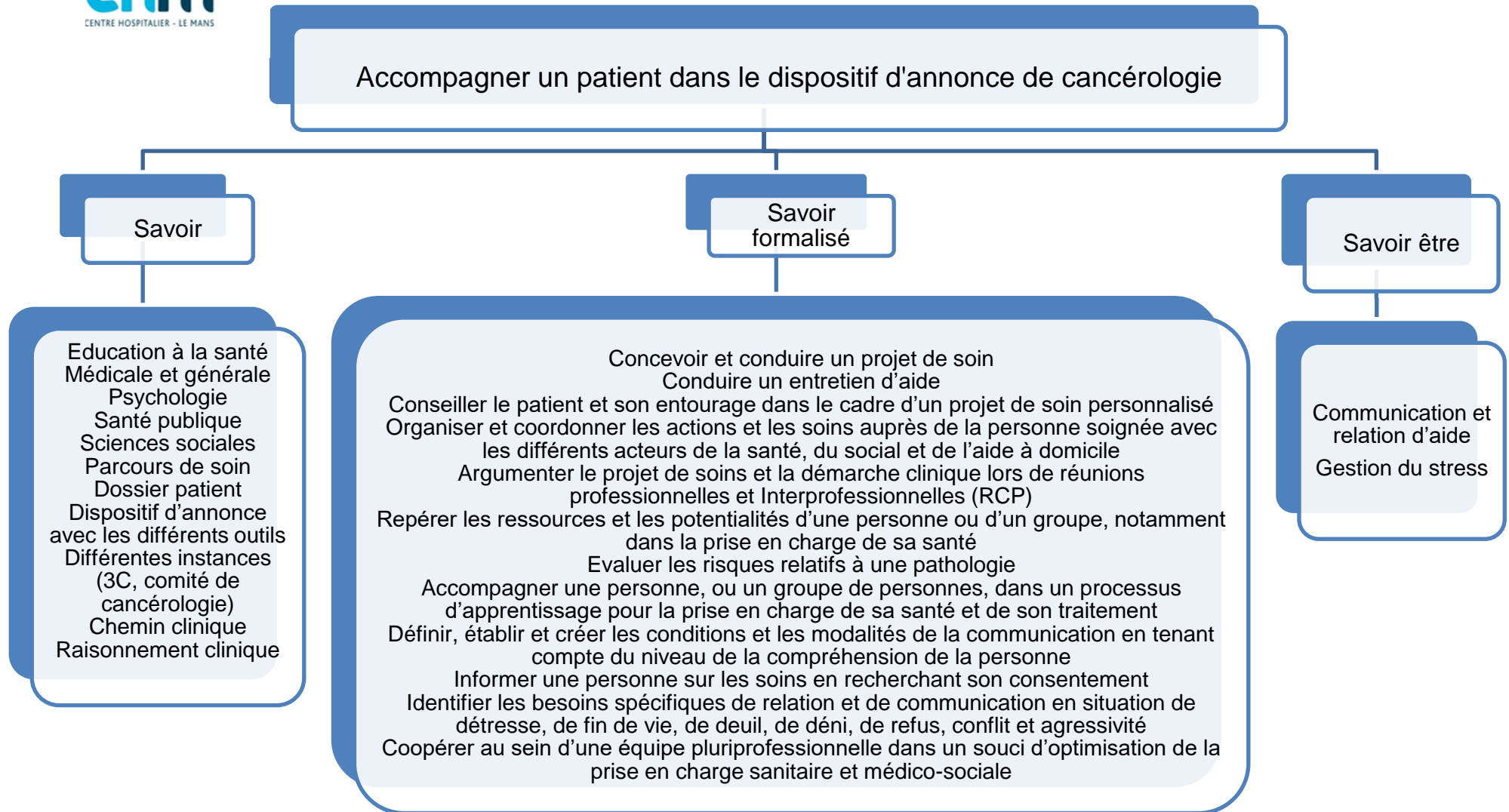
Activités spécifiques	A améliorer	Pratique courante	Maîtrise	Expertise	Non pratiqué
Consultation RAAC	1	2	0	0	4
Consultation d'information	0	2	5	0	0
Consultation de programmation	0	3	4	0	0
Aide aux biopsies	2	2	3	0	0
Pansement escarre	3	4	0	0	0
Pansement brûlure	3	0	4	0	0
Pansement vasculaire	5	2	0	0	0
Prélèvements sur plaies	0	1	6	0	0

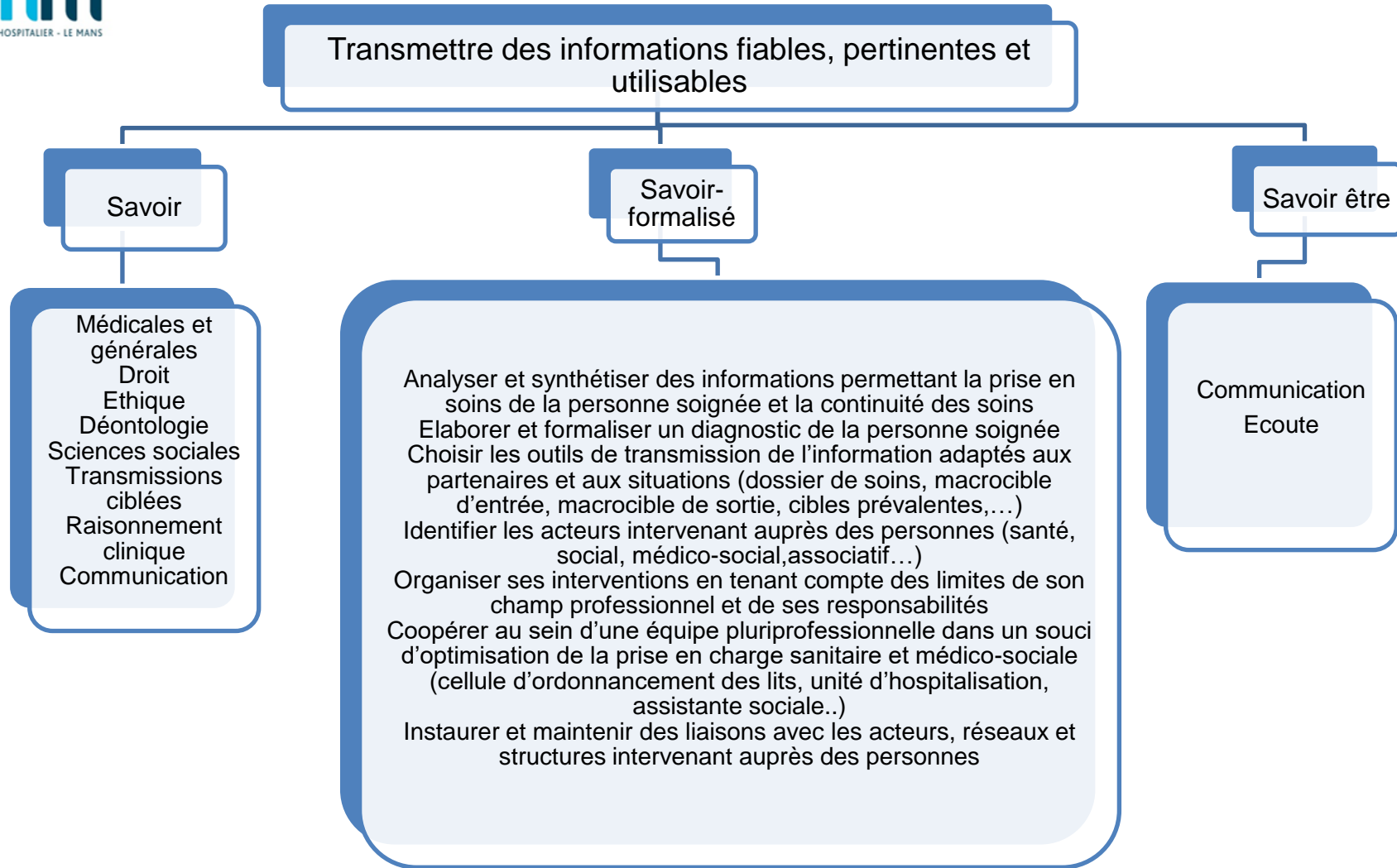
Annexe 18

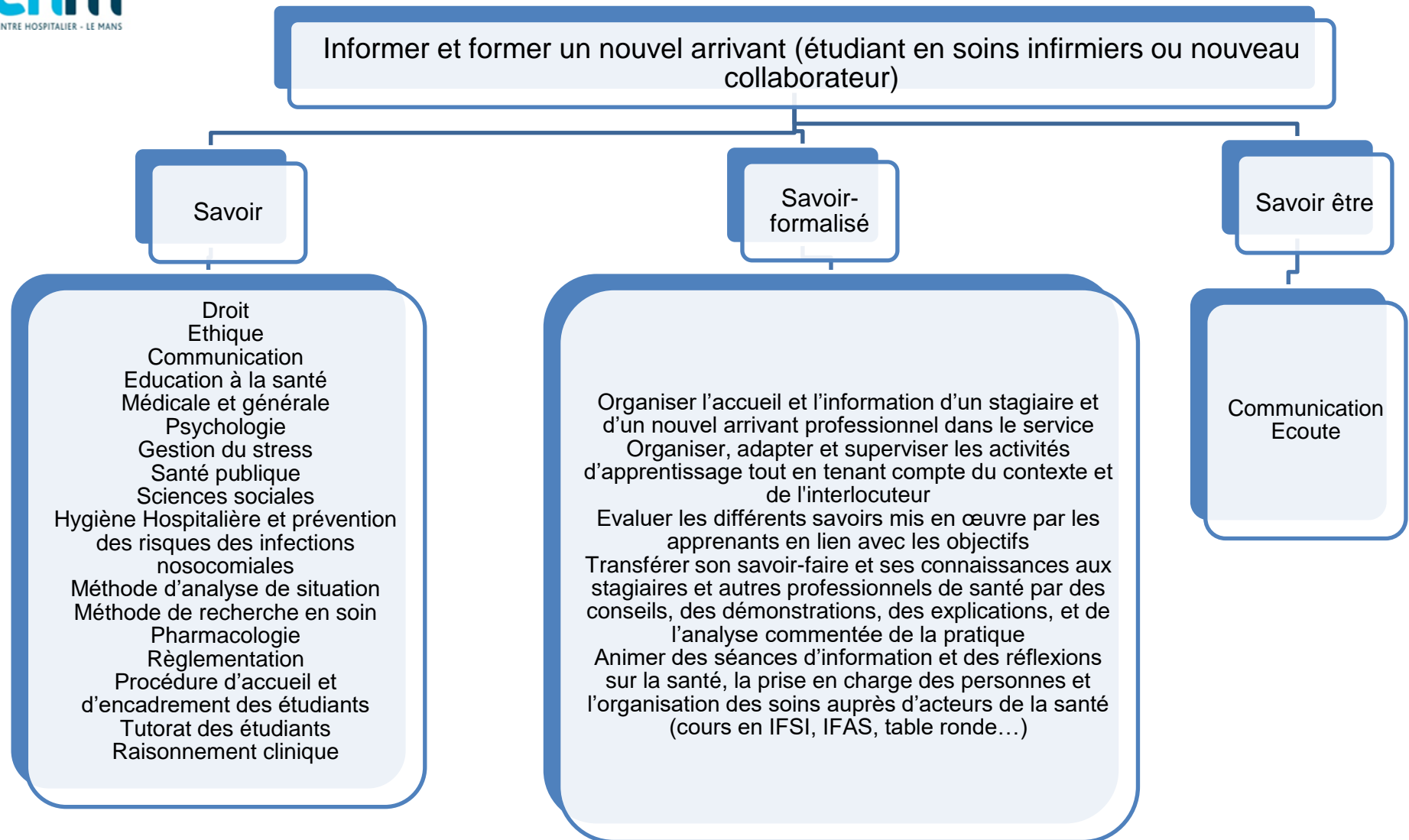
Cartographie des compétences infirmières







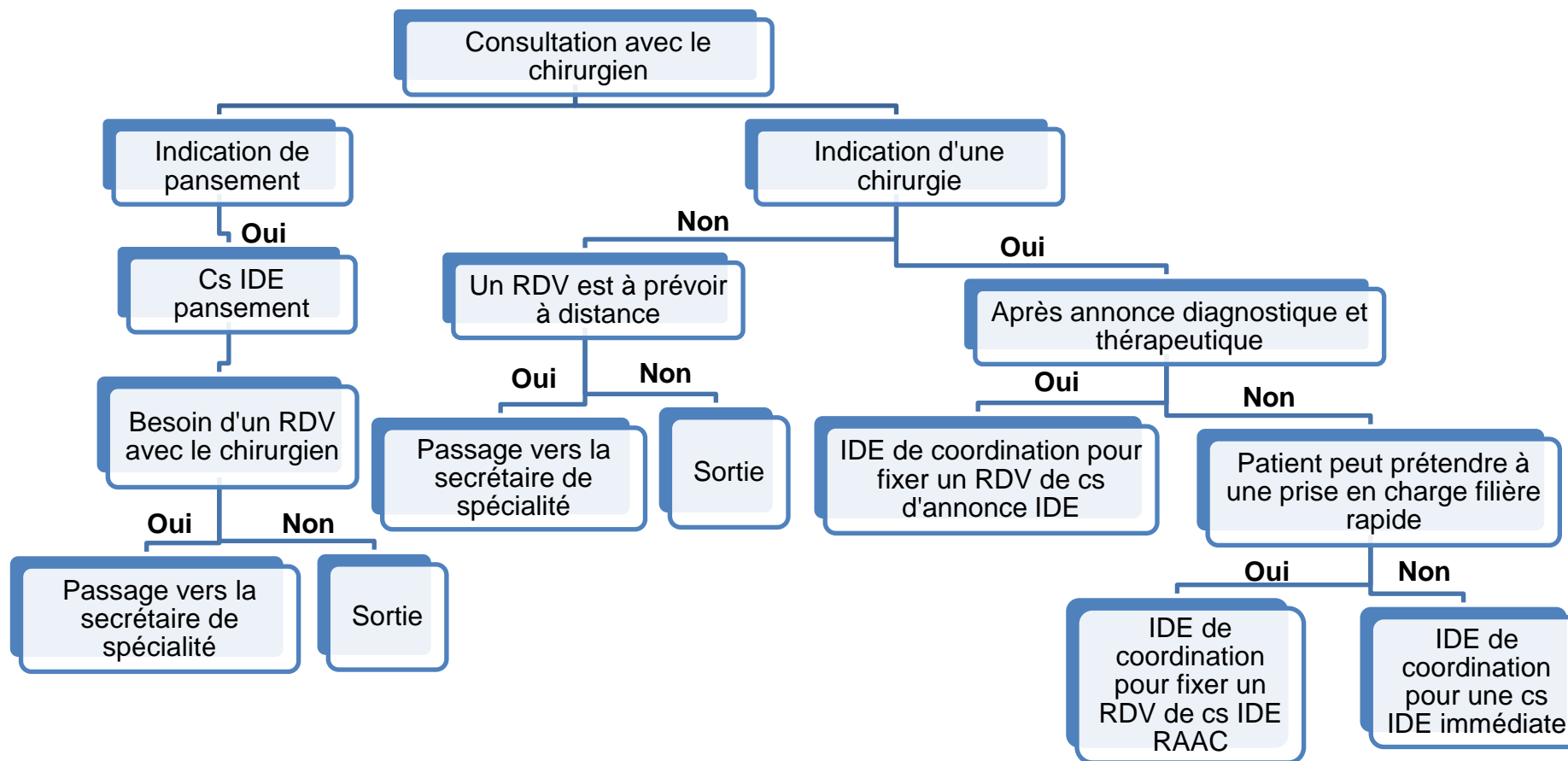




Annexe 19

Logigramme de la consultation infirmière

Logigramme de la consultation IDE en consultation externe de chirurgie digestive-plastique-vasculaire et thoracique



Annexe 20

**Parcours patient à la consultation d'annonce
de chirurgie digestive**

Le parcours du patient en consultation de chirurgie digestive souffrant d'une pathologie carcinologique

<i>Qui</i>	<i>Fait quoi</i>	<i>Comment</i>
Le médecin traitant, le médecin du SAU, médecin de ville, confrères du CHM	Demande de consultation auprès d'un chirurgien digestif	Prise de RDV via le BCRV par le patient ou appel téléphonique d'un médecin de ville



1^{ère} consultation par un chirurgien digestif		
<p>Dr Etienne Dr Mustapha Dr Droullé Dr Kianifard Dr Petrovai Dr Volpin</p> <p>Cs IDE de coordination et d'information</p> <p>Secrétaire de consultation</p>	<p>Consultation de 20 mn environ</p> <p>Programmation d'un RDV pour la consultation d'annonce IDE. Propose au patient d'être accompagné de sa personne de confiance.</p> <p>Programmation des RDV d'examens complémentaires si besoin et d'un RDV avec le chirurgien à distance après les examens. Organise la préadmission pour la future hospitalisation.</p>	<p>Examen du patient Entretien patient Demande d'examens complémentaires via des bons d'examens, si besoin.</p> <p>Organiser le RDV dans l'agenda IDE</p> <p>Envoi des bons vers les services ou appel vers les secrétaires pour avoir les RDV. → Remise des RDV au patient Envoi de la préadmission vers le SAFE.</p>



RCP les lundis
(en présence des chirurgiens, interne de chirurgie, du radiothérapeute, de l'oncologue)

Cs d'annonce diagnostique et thérapeutique (RDV fixé lors de la 1^{ère} consultation)

Le chirurgien digestif référent du patient	Annonce du diagnostic et des thérapeutiques possibles au patient et à la famille (personne de confiance si possible) Renseigne la fiche Prado si nécessaire	Renseigne la fiche de liaison médecin/IDE, le PPS et Oncosarthe Transmet l'information au patient et sa famille
--	--	--



Cs IDE de programmation

IDE de la cs d'annonce chirurgicale	Propose un RDV au patient pour organiser la consultation d'annonce, dans l'idéal le même jour que la cs d'anesthésie Propose au patient d'être accompagné de la personne de confiance Organise le séjour en hospitalisation dans le cadre d'une chirurgie programmée	Remise d'un RDV au patient en fonction de ses disponibilités et avant la chirurgie programmée et/ou traitement médical
-------------------------------------	--	--

Consultation d'annonce Infirmière

<i>Qui</i>	<i>Fait quoi</i>	<i>Comment</i>
IDE de la cs d'annonce chirurgicale	<p>Renseigne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CR de cs d'annonce IDE informatisé - Le recueil de données - La lettre au médecin traitant <p>Donne au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le livret de liaison - Les coordonnées des services nécessaires (service social, EMASP, Diététicienne...) - Le Plan Personnalisé de Soins - Le consentement éclairé <p>Confirme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La date d'hospitalisation - L'unité d'hospitalisation - L'heure d'admission <p>Organise les compléments de bilan si besoin (sur prescription)</p>	
Secrétaire de cs	Renseigne la fiche trajectoire	



Cs d'annonce IDE si le traitement n'est pas chirurgical

SI CHIMIOThERAPIE

IDE de la cs d'annonce chirurgicale	<p>Effectue un entretien avec le patient et renseigne le CR de cs d'annonce IDE</p> <p>Confirme le RDV avec les IDE du dispositif d'annonce de médecine (si chimio faite au CHM), si ce RDV est pris.</p> <p>Donne le RDV au patient avec le chimiothérapeute s'il est fixé</p> <p>Organise l'hospitalisation pour la pose de PAC, en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none">- Donne la date de la cs d'anesthésie si fait sous AG ou ALA- Donne le lieu et la date d'hospitalisation- Donne les consignes d'hygiène par rapport à l'intervention- Montre au patient ce qu'est un PAC- Donne le PPS <p>Fait la pré-admission</p>	<p>Utilisation des outils informatisés</p> <p>Utilisation d'ORBIS</p> <p>Ordonnancement des lits</p> <p>Envoi une demande vers le bureau des entrées</p>
-------------------------------------	---	--

Secrétaire d'hospitalisation

SI RADIOTHERAPIE

IDE de la cs d'annonce	<p>Entretien d'aide auprès du patient et renseigne la fiche CR de cs d'annonce IDE (1^{ère} partie).</p> <p>Informe la Clinique Victor Hugo qui prendra le relais de la prise en charge</p> <p>Donne le RDV avec le radiothérapeute au patient s'il est fixé</p>	<p>Envoie celle-ci au secrétariat du radiothérapeute</p>
------------------------	--	--



Admission du patient pour la chirurgie à l'unité 42 ou 43 en fonction du chirurgien

<i>Qui</i>	<i>Fait quoi</i>	<i>Comment</i>
J pré opératoire : Equipe para-médicale	Accueil du patient	Installation du patient dans sa chambre Vérification de l'identité Renseignement de la macrocible admission avec importance de tracer la personne de confiance et la personne à prévenir Douche pré-opératoire Explications aux patients de la prise en soin et réponse à ses questions Prise des constantes : pouls, tension, température, poids, taille, IMC.
Jo : jour de l'intervention équipe paramédicale	Temps opératoire	Préparation de bloc (cf protocole) Post-opératoire en USC ou à l'Unité 42 ou 43 : - surveillance conscience, douleur, pouls, tension, température, perfusion, pansement, drainages, premières urines puis la diurèse le temps de la perfusion, les consignes post-opératoires.
J1 : équipe paramédicale	Retour à l'unité 43 ou 42 si passage par l'USC	Mêmes surveillances Retrait de la perfusion sur prescription. Réfection des pansements sur prescription Intervention de l'addictologie, diététicienne, psychologue, EMASP si besoin.
J+n : équipe paramédicale et cadre de santé	Sortie du patient en convalescence OÙ Sortie du patient à domicile	Mêmes surveillances + Reprise de l'alimentation per os sur prescription et sous surveillance IDE. Poids de sortie Compte rendu d'hospitalisation avec fiche trajectoire pour les transmissions IDE si sortie en convalescence ou mise en lien avec le PRADO pour l'organisation des aides à domicile
Chirurgien digestif Secrétaire	Consultation avec examen clinique et entretien patient Remise des papiers pour la sortie et du RDV de post-op après consignes du chirurgien	Tous les jours pendant l'hospitalisation

Consultation de fin de traitement

Chirurgien digestif référent du patient	Consultation avec examen clinique et entretien patient	En RDV à la cs de digestif à 3 mois, 6 mois et 1 an
---	--	---

Suivi du patient

<i>Qui</i>	<i>Fait quoi</i>	<i>Comment</i>
Chirurgien référent du patient	Consultation avec examen clinique et entretien patient	Au cours d'une consultation tous les 6 mois pendant 1 an puis tous les ans pendant 5 ans

Remarque : Pour les découvertes des cancers en per-opératoire, l'annonce diagnostique se fera lors de la consultation post-opératoire avec un temps dédié. Le patient reprendra le même parcours pour la rencontre avec l'IDE.

Annexe 21

Mode opératoire de la consultation d'annonce infirmière

Le mode opératoire de la consultation Infirmière en cancérologie pour un acte chirurgical

1. Faire signer Onco Pays de La Loire (si non fait)

2. **Le PPS :** → Donner l'original au patient (à mettre dans le livret de liaison)

→ Mettre une photocopie dans le dossier médical

→ Envoyer une photocopie au médecin traitant

3. Utiliser la fiche de liaison médecin/IDE et la mettre dans le dossier médical

4. Effectuer la cs d'annonce d'IDE

5. Renseigner la fiche « CR de cs d'annonce IDE »

→ Elle est informatisée

6. Renseigner la lettre destinée au médecin traitant

→ L'imprimer et envoyer une copie au médecin traitant

7. Donner et compléter le livret de liaison avec :

- a. Le PPS
- b. Les éventuels RDV de consultation
- c. Les cartes des soins de support

Le mode opératoire de la consultation Infirmière en cancérologie pour une chimiothérapie

1. Faire signer Onco Pays de La Loire (si non fait)

2. Le PPS :
- ➔ Donner l'original au patient (à mettre dans le livret de liaison)
 - ➔ Mettre une photocopie dans le dossier médical
 - ➔ Envoyer une photocopie au médecin traitant

3. Renseigner la 1^{ère} partie de la fiche CR cs d'annonce IDE. Elle sera finalisée par l'IDE d'annonce de Monet.


- ➔ Envoyer un mail aux collègues de Monet pour les informer du début de cette prise en charge


4. S'il y a une pose de PAC avant la cs d'annonce IDE à Monet, même procédé que pour la chirurgie :


- Envoi de la lettre au médecin traitant.
- Faire une cs d'annonce IDE.
- Donner le livret de liaison.

Le mode opératoire de la consultation Infirmière en cancérologie pour une chimiothérapie (hors CHM)

1. **Faire signer Onco Pays de la Loire (si non fait)**

2. **Le PPS :**  Donner l'original au patient (à mettre dans le livret de liaison)

 Mettre une photocopie dans le dossier médical

 Envoyer une photocopie au médecin traitant

3. **Renseigner la 1^{ère} partie du CR de cs d'annonce IDE et envoyer une copie au secrétariat de la Clinique Victor Hugo**

4. **Si pose de PAC rapide, même procédé que pour la chirurgie :**
 - Envoi de la lettre au médecin traitant.
 - Faire une cs d'annonce IDE à l'aide du chemin clinique.
 - Donner le livret de liaison.

Le mode opératoire de la consultation Infirmière en cancérologie pour une radiothérapie (hors CHM)

1. Faire signer Onco Pays de la Loire (si non fait)

2. Le PPS :

- ➡ Donner l'original au patient
- ➡ Mettre une photocopie dans le dossier médical
- ➡ Envoyer une photocopie au médecin traitant

3. Renseigner la 1^{ère} partie de la fiche CR cs d'annonce IDE

Imprimer un exemplaire et l'envoyer une copie vers le secrétariat du Dr Lafond à la Clinique Victor Hugo. (18 rue Victor Hugo 72000 Le Mans)


***Pas de cs d'annonce IDE (juste un entretien d'information)
Pas de livret de liaison***

NB : Lors d'une récurrence :

- ONCO Pays de la Loire ne sera signé que s'il s'agit d'une nouvelle localisation.
- Le PPS sera refait.
- La Cs d'annonce IDE sera faite s'il est mis en place une thérapeutique chirurgicale différente de la première fois. Si le traitement est le même, un entretien d'information sera, malgré tout, réalisé et tracer dans le dossier soin.

Annexe 22

Fiche de poste infirmière de consultation

	Pôle Chirurgie Adulte			
	FICHE DE POSTE	IDE aux consultations centralisées de chirurgie digestive, vasculaire		
Version n°3 – Juin 2018	Appliqué le : Juin 2018	A réviser le : Juin 2020	Référence FP 0036	page(s) : 1/2

Intitulé

Infirmier(ère) Diplômé(e) en consultations externes centralisées

Lieu d'exercice

Consultations externes centralisées de chirurgie digestive, plastique, vasculaire, et thoracique - Fontenoy niveau 1

Activités spécifiques

<ul style="list-style-type: none"> • Préparation de la consultation • Accueil du patient • Réalisation de soins techniques : pansements, ablation fils, sert le chirurgien pour des gestes, actes de petite chirurgie... • Consultations d'information et de coordination • Consultations dédiées protocole de réhabilitation améliorée • Consultations d'annonce infirmière dans le cadre du dispositif d'annonce
--

Description des tâches

<p><u>Préparation à la consultation</u></p> <p>☞ <i>J-2 ou J-1 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sort la liste des patients - Prépare les consultations à partir de la liste éditée et à partir de l'outil informatique ORBIS - Vérifie si les examens demandés, lors de la consultation précédente, sont au dossier - Prend connaissance des CRO, CRH et compte-rendu d'anapath au dossier médical dans ORBIS - Prépare les dossiers d'hospitalisation, le passeport ambulatoire remis au patient pour les interventions programmées <p>☞ <i>J0</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prépare les salles de consultation : approvisionnement en bons, ordonnances - Remplit le chariot de soins - Vérifie les rajouts sur la liste des patients <p><u>Accueil</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assure du « confort » de l'installation du patient en salle d'attente, - Accueil et installe les patients dans le cadre de sa consultation IDE - Aide le patient à se déshabiller et l'installe sur la table d'examen si nécessaire (pour les pansements) - Aide à l'ablation des immobilisations si besoin <p><u>Soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalise des pansements (ablation fils, agrafes) - Réalise les préparations cutanées pour les différentes interventions sous locales (ponction, ablation kyste, ablation de drainage) - Assiste le chirurgien lors de ces actes, actes de petite chirurgie - Effectue les prélèvements prescrits - Range la salle de consultation - Procède à la décontamination du matériel - Réalise les soins relatifs à une situation exceptionnelle (hypoglycémie, malaise...) <p><u>Information au patient</u></p>

Assure la consultation d'information et de coordination

- ✓ Donne des informations concernant l'intervention programmée par le chirurgien
- ✓ Explique les différents examens à réaliser jusqu'à la prochaine consultation ou hospitalisation
- ✓ Complète et explique le contenu du dossier d'hospitalisation (pochette bleue ou passeport ambulatoire)
- ✓ Remet et explique les différentes ordonnances au patient (bas de contention, régime alimentaire..)
- ✓ Recueille les informations nécessaires en vue d'organiser ou non la convalescence post-opératoire
- ✓ A un rôle éducatif par rapport :
 - aux AVK
 - à l'hygiène de vie, aux addictions
 - aux consignes pré opératoires
 - à la prévention des infections nosocomiales
- Assure des consultations dédiées dans le cadre des protocoles de réhabilitation améliorée
 - ✓ Renseigne le chemin clinique
- Réalise les consultations d'annonce IDE dans le cadre du dispositif d'annonce.
 - ✓ Renseigne les différents outils relatifs à cette consultation
- L'infirmière peut être amenée à gérer des situations difficiles (patients devant subir une amputation, annonce d'un diagnostic de cancer, gestion de la douleur chronique)

Transmissions

- Transmet à la secrétaire les différentes consignes, via un outil de transmissions. (Prochain rendez-vous à organiser avec le chirurgien)
- Renseigne le recueil de données informatiques (personne de confiance, mesure de protection...)
- Transmet aux partenaires extérieurs (maisons de retraite, centres de convalescence, HAD) la suite des prises en charge de soins
- Apelle la cellule d'ordonnancement pour organiser une hospitalisation au décours de la consultation.

Gestion et organisation

- Saisit les actes dans Cora
- Gère le matériel : commande, vérification, rangement et péremption de la pharmacie, de la stérile...

Encadrement

- Participe à l'accueil, à l'encadrement, l'accompagnement et l'évaluation des étudiants infirmiers et des nouveaux professionnels

Horaires

Les infirmier(ères) doivent faire preuve d'adaptabilité et de disponibilité selon les jours de consultations : restent présent(e)s jusqu'à la fin des consultations


Particularités du poste

- Capable d'accueillir et d'informer les consultants en s'adaptant à la diversité du public
- Capable de gérer le stress et l'agressivité de certains consultants
- Capable de s'adapter aux différents chirurgiens (13 praticiens)
- Durée maximale d'affectation sur le poste : 8 ans

Rédigé par : cadre de santé de l'unité V3 – 2018	Avril 2018	
Approuvé par : cadre supérieur de santé du pôle	Avril 2018	

Annexe 23

Constitution du livret de liaison de cancérologie du patient

	CENTRE DE COORDINATION DE CANCEROLOGIE			Référence : D.OP. (cellule GED)
	MODE OPERATOIRE	CONSTITUTION DU LIVRET DE LIAISON DE CANCEROLOGIE AU PATIENT		
Créé le : 30/03/2018	Version n° 1 du 30/03/2018	Appliqué le : (cellule GED)	A réviser le : 30/03/2020	page(s) : 1/3
Processus de rattachement	(cellule GED)			
Sous processus de rattachement	(cellule GED)			
Procédure de rattachement	Procédure d'accès au dispositif d'annonce			

Services destinataires	CS urologie, CS Gynécologie, CS Reilly, CS Maladies Respiratoires, CS ORL, CS de chirurgie digestive, Hôpital de Jour de Dermatologie,
Fonctions concernées	Infirmiers(ères) du dispositif d'annonce de cancérologie, cadres de santé

I - OBJET

Ce mode opératoire est destiné à uniformiser les pratiques relatives au livret de liaison de cancérologie au patient. Il décrit la manière de le constituer en tenant compte des spécificités des secteurs.

II – DOMAINE D'APPLICATION

Ce mode opératoire s'adresse à tous les infirmiers (es) du dispositif d'annonce de cancérologie

III – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

Infirmière du dispositif d'annonce de cancérologie : IDE qui assure un temps d'accompagnement soignant du patient et de ses proches suite à l'annonce diagnostic de cancer par le médecin

3C : Centre de Coordination de Cancérologie


IV – DOCUMENTS DE REFERENCE ET DOCUMENTS ASSOCIES

1) Documents de référence

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé INCA novembre 2005
- Plan cancer 2003 – 2007 (mesure 40)
- Plan cancer 2009 – 2013 (mesure 19)
- Plan cancer 2014 - 2019
- Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

2) Documents associés

- Procédure d'accès au dispositif d'annonce
- Fiches de liaison du temps d'accompagnement soignant/équipes soignantes
- Bon de commandes du livret de liaison en cancérologie des Pôles des Spécialités Médicales et Cancérologie, Chirurgie et Femme Mère Enfant au magasin général et reprographie.

	CENTRE DE COORDINATION DE CANCEROLOGIE			Référence : D.OP. (cellule GED)
	MODE OPERATOIRE	CONSTITUTION DU LIVRET DE LIAISON DE CANCEROLOGIE AU PATIENT		
Créé le : 30/03/2018	Version n° 1 du 30/03/2018	Appliqué le : (cellule GED)	A réviser le : 30/03/2020	page(s) : 2/3
Processus de rattachement	(cellule GED)			
Sous processus de rattachement	(cellule GED)			
Procédure de rattachement	Procédure d'accès au dispositif d'annonce			

V – DESCRIPTION DU MODE OPERATOIRE

Constitution du livret de liaison

▪ Commun à tous les secteurs :

Classeur
 Mot d'introduction
 Sommaire
 Intercalaires (14)
 Pochettes cristallines derrière chaque intercalaire
 Pochette cristalline spécifique pour cartes de coordonnées des professionnels derrière l'intercalaire N°5

Fiche « Vos soins de support » du PACTES + Flyer « Maison des usagers » derrière l'intercalaire N°5

« Livret conseil » derrière l'intercalaire N°6

Fiche « Mes questions, Mes remarques » derrière l'intercalaire N°9

Fiche « Mon Agenda » derrière l'intercalaire N°10

Fiche « Questionnaire de satisfaction pour les patients » derrière l'intercalaire N°13

▪ Spécifiques aux secteurs :

Intercalaires N°2 : Informations sur les techniques de traitement

Les fiches d'informations relatives aux différents traitements : Chirurgie, Radiothérapie, Chimiothérapie, Thérapies ciblées, Hormonothérapie, sont intégrées par l'IDE de consultation **en fonction du programme personnalisé de soins du patient.**


Intercalaires N°4 : Livret d'accueil

En plus du livret d'accueil du CH, l'IDE insère, dans la pochette cristalline, **la fiche de présentation de l'unité** dans laquelle sera pris en charge le patient.

Intercalaires N° 5 : Soins de support

En plus de la Fiche « Vos soins de support » du PACTES et du Flyer « Maison des usagers », L'IDE de consultation des **Maladies Respiratoires** et celle de **Reilly** intègre les petites fiches d'information relatives à **la Ligue contre le cancer** et **JALMALV**.

Dans la pochette cristalline spécifique pour cartes de coordonnées, l'IDE insère celle relative à sa CS, celles des professionnels du PACTES et celle de « Cancer Info service ».

	CENTRE DE COORDINATION DE CANCEROLOGIE			Référence : D.OP. (cellule GED)
	MODE OPERATOIRE	CONSTITUTION DU LIVRET DE LIAISON DE CANCEROLOGIE AU PATIENT		
Créé le : 30/03/2018	Version n° 1 du 30/03/2018	Appliqué le : (cellule GED)	A réviser le : 30/03/2020	page(s) : 3/3
Processus de rattachement	(cellule GED)			
Sous processus de rattachement	(cellule GED)			
Procédure de rattachement	Procédure d'accès au dispositif d'annonce			

Intercalaire N°6 : Conseils et Informations utiles

Selon le programme personnalisé de soins du patient, l'IDE insère, dans la pochette cristalline, les documents propres à chaque secteur comme :

- le flyer « **pose d'une chambre implantable** ».
- la **liste des établissements pour prothèses capillaires**
- la **liste des établissements « fournisseurs » de prothèses mammaires (PROTEOR, ORTESIA) et lingerie**
- la feuille « **conseils pratiques en cas de traitement de chimiothérapie par Taxotère** »
- la feuille « **conseils pratiques syndrome mains-pieds** »
- la fiche information en cas de curage axillaire

Intercalaire N°11 : Documents administratifs

L'IDE insère dans la pochette cristalline, **le formulaire de désignation de la personne de confiance ainsi que le flyer correspondant** sauf en gynécologie (documents intégrés dans le dossier Gynécologie remis aux patientes).

Historique du mode opératoire :

N° de version	Date de modification	Objet des modifications

Rédigé par : LBéranger	Le : 30/03/2018	Visa :
Validé par : C.Coliou	Le : 30/04/2018	Visa :
Vérifié par : cellule GED	Le : 09/05/2018	Visa :
Approuvé par :	Le : JJ/MM/AAAA	Visa :

Annexe 24

Fiche de liaison médecin-infirmière



**FICHE DE LIAISON entre la consultation médicale d'annonce
et le temps d'accompagnement soignant**

POLE DE CHIRURGIE- FONTENOY- CONSULTATION DIGESTIVE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DR S. ETIENNE | <input type="checkbox"/> DR V. MUSTEATA | <input type="checkbox"/> Dr LX DROULLE |
| <input type="checkbox"/> DR B.KIANIFARD | <input type="checkbox"/> DR GPETROVAI | <input type="checkbox"/> DR E.VOLPIN |

Date : Patient seul..... Patient accompagné Par :

IDENTITE DU PATIENT :

NOM : Poids :
 Prénom : Taille :
 Date de naissance : ALLERGIE (iode, ATB, ...) :
 Adresse :
 ☎ :

Pathologie principale : Stade :

Contexte de pathologies :

Anti-coagulants : Antiagrégants :

	<u>EXAMENS A PREVOIR</u>	<u>DATES DE RDV</u>		<u>EXAMENS A PREVOIR</u>	<u>DATES DE RDV</u>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

TRAITEMENTS ENVISAGES

Chirurgical :

Médical :

Chimiothérapie :

Radiothérapie :

Curithérapie:

Proposition d'essai thérapeutique

❖ **Pose de chambre implantable à prévoir** : OUI NON A droite

A gauche

Répond-il aux critères de l'ambulatoire OUI NON

Opérateurs : Indifférent souhaité :



FICHE DE LIAISON entre la consultation médicale d'annonce et le temps d'accompagnement soignant

POLE DE CHIRURGIE- FONTENOY- CONSULTATION DIGESTIVE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DR S. ETIENNE | <input type="checkbox"/> DR V. MUSTEATA | <input type="checkbox"/> Dr LX DROULLE |
| <input type="checkbox"/> DR B.KIANIFARD | <input type="checkbox"/> DR GPETROVAI | <input type="checkbox"/> DR E.VOLPIN |

ANNONCE DU DIAGNOSTIC AU PATIENT

* Vocabulaire employé : cancer tum ganglion maladie
 autres :

* Réactions du patient :

* Contexte particulier, souhait personnel :

Lieu de la prise en charge (unité) :

PPS remis OUI NON

Médecin référent :

Consentement éclairé remis OUI NON

Annexe 25

Compte rendu de la consultation d'annonce infirmière

CR CS IDE post annonce K [E-Chirurgie]*

Spécialité

Refus du patient de bénéficier d'une CS post annonce
 Commentaires :

Vérification de l'identité du patient

Patient intégré dans un programme d'éducation thérapeutique
 Thérapies orales
 Patient trachéo(s)tomisé avec ou sans

Situation de famille et nombre d'enfants

Situation de famille Nombres d'enfants

Information para-médicale ou relative au patient

- Autonome : Oui Non ...

- Evaluation de la douleur :

- Médecin traitant : [Activer la saisie manuelle](#) si le médecin n'est pas dans la liste

- Médecin ou chirurgien référent : [Activer la saisie manuelle](#) si le médecin n'est pas dans la liste

- Diagnostic médical :

- Traitement(s) :

- Date de la consultation d'annonce médicale :

- Durée de la consultation : Format "heure:minute", exemple : 00:30

- Personnes de l'entourage présentes lors de la consultation :
 Seul
 Personne de confiance
 Conjoint(e)
 Ami(e)
 Enfants
 Autres (préciser)

Onco-Dermatologie
 Onco-Digestive
 Onco-Gynécologie
 Onco-Hématologie
 Onco-Métastases osseuses
 Onco-ORL
 Onco-Thoracique
 Onco-Thyroïde
 Onco-Urologie

I - Information détenue par l'infirmière

- Fiche de liaison Médecin/IDE : Oui Non
- Compte rendu de RCP : Oui Non
- Fiche de bloc : Oui Non
- PPS : Oui Non
- Chemin clinique : Oui Non

II - Accueil patient : ce que le patient et/ou l'entourage a compris - Ses réactions et remarques - Etat émotionnel

III - Informations données

- Présentation de l'unité : Oui Non
- Informations sur le traitement chirurgical : Oui ... Non
- Informations sur le traitement médical : Oui ... Non
- Informations sur le bilan d'extension : Oui ... Non

IV - Evaluation des besoins de prise en charge, repérage et informations relatives aux soins de support

- Besoin de soutien psychologique : Oui Non
- Besoin de soutien social : Oui Non
- Besoin de prise en charge nutritionnelle : Oui Non

Commentaires :

V - Documents d'information remis

Informations complémentaires

Saisie libre d'une nouvelle information

Aperçu des informations saisies

Exemple de diagnostic médical

- Diagnostic médical :

- Traitement(s) :

- Date de la consultation d'annonce :

- Durée de la consultation :

- Personnes de l'entourage présentes :

C43 Mélanome malin de la peau

C44 Autres tumeurs malignes de la peau

C44.0 Tumeur maligne de la face cutanée de la lèvre

C44.1 Tumeur maligne de la peau de la paupière, y compris le

C44.2 Tumeur maligne de la peau de l'oreille et du conduit aud

C44.3 Tumeur maligne de la peau de la face, parties autres et

C44.4 Tumeur maligne de la peau du cuir chevelu et du cou

C44.5 Tumeur maligne de la peau du tronc

C44.6 Tumeur maligne de la peau du membre supérieur, y com

C44.7 Tumeur maligne de la peau du membre inférieur, y comp

C44.8 Tumeur maligne à localisations contiguës de la peau

C44.9 Tumeur maligne de la peau, sans précisions

Lymphome cutané B

Lymphome cutané T

Exemple de documents remis au patient

IV - E

- Livret de liaison
- Courrier pour CAT obtention des résultats
- Fiche information en cas de curage axillaire
- Cartes établissements prothèses mammaires
- Livret endocrinologie
- Liste des établissements prothèse capillaire
- Traitement du cancer et chute de cheveux
- La ligue contre le cancer
- Fiche AFU (urologie)
- Document personne de confiance
- Conseils vernis, ongles
- Fiche patient
- Fiche effets secondaires

V - Dc

OK Annuler

Annexe 26

Lettre au médecin traitant

Dr Ryrfd Jacques
19 rue du lavoir
72100 Le Mans

Le Mans, Le 18/03/2018

Docteur,

Suite à l'annonce médicale faite par le Dr Ryrfd, nous vous informons que votre patiente Madame TEST1 ZZZ, née le 30/03/1957 a été reçue en consultation d'annonce infirmière.

Au cours de cette consultation, votre patiente a pu :

- Reformuler ses connaissances vis à vis de sa pathologie,
- Exprimer son ressenti face à l'annonce diagnostic,
- Evoquer les répercussions sur son quotidien et sur celles de son entourage.

Nous avons repris les informations concernant :

- Sa maladie,
- Son parcours de soins,
- Le déroulement du traitement et ses effets secondaires (éducation et conseils).

Nous avons réalisé une évaluation de :

- Son état nutritionnel : bon
- Ses besoins psychologiques : pas de souci particulier
- Ses besoins sociaux : RDV assistante social pris

Votre patiente a reçu une information sur les différents soins de support existants dont vous pouvez retrouver les coordonnées dans le classeur "livret de liaison" remis lors de la consultation.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'informations, et vous prions de recevoir, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

IDE Dispositif d'Annonce

Annexe 27

Outil de suivi du nombre et type de consultation d'annonce



Statistique de la consultation d'annonce IDE en chirurgie digestive

Année :

Mois	Chirurgie	PAC	Radiothérapie	Homme	Femme	Total
Janvier						
Février						
Mars						
Avril						
Mai						
Juin						
Juillet						
Août						
Septembre						
Octobre						
Novembre						
Décembre						

Annexe 28

Chemin clinique RAAC



REHABILITATION AMELIOREE APRES CHIRURGIE

INTERVENTION : colectomie droite <input type="checkbox"/> colectomie gauche <input type="checkbox"/> résection rectale <input type="checkbox"/> gastrectomie <input type="checkbox"/> oesophagectomie <input type="checkbox"/> hépatectomie <input type="checkbox"/> pancréateomie <input type="checkbox"/>	Stomie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ilésostomie <input type="checkbox"/> colostomie gauche <input type="checkbox"/> colostomie transverse <input type="checkbox"/>	Lambeau périnéal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Entrée en hospitalisation Date.....heure.....	Bloc Date.....heure.....	Date.....
Nom du chirurgien	Chemin clinique validé par le chirurgien Le/...../..... Signature	
Prescriptions médicales données : <input type="checkbox"/> Bas à varices force 2 <input type="checkbox"/> Ceinture de contention abdominale <input type="checkbox"/> albumine <input type="checkbox"/> régime sans résidu (5 jours avant intervention) <input type="checkbox"/> ORAL impact 3 par jour (pendant 7 jours avant intervention) et feuille de surveillance des prises <input type="checkbox"/> PRE-LOAD <input type="checkbox"/> CITRAFLEET 1 la veille le matin à domicile et 1 à l'entrée dans le service <input type="checkbox"/> NORMACOL 1 la veille à l'entrée dans le service et 1 le matin du bloc	si patient diabétique → contre-indication à la boisson glucidique pré opératoire → contre-indication à l'Oral Impact	

CONSULTATION INFIRMIERE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

DateInfirmier(ère).....

Vérification de l'identité et des coordonnées du patient **Antécédents significatifs**

Pathologies

Allergie

Traitement spécifique (AVK, insuline, antidiabétique, antibiotique, corticoïde).....

Vérification des ordonnances données : Bas à varices force 2 Ceinture de contention abdominale albumine régime sans résidu (5 jours avant intervention) ORAL impact 3 par jour (pendant 7 jours avant intervention) et feuille de surveillance des prises PRE-LOAD CITRAFLEET 1 la veille le matin à domicile et 1 à l'entrée dans le service NORMACOL 1 la veille à l'entrée dans le service et 1 le matin du bloc

autres

Traitement personnel : vérifier ordonnance scannée dans Orbis **Gestion de l'hospitalisation**

Date consultation d'anesthésie :

Date consultation stomathérapeute :

CONSULTATION INFIRMIERE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

Cadre de vie sociale et familiale

en couple seul (e) veuf (ve) enfant (s)

Accompagné lors de cette consultation oui non

Retour à domicile possible oui non

Convalescence nécessaire oui non

↳ si oui Trajectoire fait oui non structure demandée :

.....

Prévoir mise en place d'aides.....

Nom de la personne aidante :

.....

Tél.

Habitat : Maison Appartement avec ascenseur oui non

structure d'hébergement

.....

autre

Profession :.....

↳ besoin d'un arrêt de travail oui non

Médecin traitant :

Commune :

Personne de confiance

Nom Prénom

N° tél.

Personne à prévenir

Nom Prénom

N° tél.

Vécu/ressenti

CONSULTATION INFIRMIERE DE CHIRURGIE DIGESTIVE



	oui	Non	remarques		Oui	non	remarques		oui	non	remarques
COMMUNICATION				ELIMINATION				MOBILITE			
Troubles du langage				Autonome				Habitat			
Mal entendant				Transit régulier				☒ avec marche			
Prothèse auditive				Notion de constipation				☒ ascenseur			
Mal voyant				Traitement nécessaire				☒ de plain-pied			
Lunettes							Le patient a-t-il besoin d'une aide :			
Autres.....							☒ à la marche			
				Selles liquides régulières				☒ pour se lever de son lit (fauteuil)			
ADDICTION			Quantité	Stomie				☒ pour monter des marches			
Tabac				Notion d'incontinence fécale				Le patient a-t-il besoin d'un dispositif d'aide à la marche		
Alcool				Notion d'incontinence urinaire						
Drogue				Infection urinaire récente							
Proposition de rdv avec l'équipe d'addictologie				Difficultés urinaires							
										
										
SOMMEIL				Auto-sondage				ALIMENTATION			
Pas de problème troubles du sommeil				Sonde				appareil dentaire			
Syndrome d'apnée du sommeil			Apporter appareil SAS <input type="checkbox"/> (1)	Etui pénien				régime habituel			
								perte de poids récente		
								≥ 5 % en 1 mois		
								≥ 10 % en 6 mois		kg

CIBLES PREVALENTES INFIRMIERES

Poids

Taille

IMC

Echelle dénutrition MNA

Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :

Pour les adultes ≤ 70 ans

Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
Ou IMC < 18.5 kg/m² (hors maigreur constitutionnelle)

Pour les adultes > 70 ans

Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
Ou IMC < 21 kg / m²
Ou MNA $\leq 17/30$
Ou albuminémie < 35 g/l

Avis diététicienne à prévoir lors de l'hospitalisation oui non

Vérification de la compréhension des informations données au patient par le chirurgien

- risque infectieux
- période de jeûne
- mobilisation rapide à Jop.
- compréhension régime sans résidu
- déroulement de la prise en charge
- reprise alimentation précoce

- lecture fiche hospitalisation avec le patient

HOSPITALISATION	A l'entrée : J-1 Date :
	IDE : AS :
	<input type="checkbox"/> Prise de connaissance des informations recueillies lors de la consultation le patient a compris : mobilisation oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> jeûne : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> durée d'hospitalisation oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SOIN SURVEILLANCE	et Boisson glucidique pré-opératoire 800 ml donnée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si patient diabétique → contre-indication à la boisson glucidique pré opératoire → contre-indication à l'Oral Impact NORMACOL <input type="checkbox"/> CITRAFLEET <input type="checkbox"/>
ALIMENTATION	Respecter le régime du patient <input type="checkbox"/> régime sans résidu <input type="checkbox"/> ORAL IMPACT pris en pré-opératoire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Récupérer la feuille de surveillance

HOSPITALISATION	Nuit du J-1 : Date :	Matin du Jour Opérateur : Date :.....
	IDE :..... AS :.....	IDE :..... AS :.....
SOIN et SURVEILLANCE	Prise de la boisson glucidique pré op de j-1 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> J0 <u>En fonction horaire du bloc</u> : Boisson glucidique pré-opérateur 400 ml jusqu'à 2h avant l'anesthésie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Pour tous les patients quelle que soit leur température, mettre 1 couverture de survie ET 1 couverture simple
ALIMENTATION	Arrêt de l'alimentation solide 6 heures avant l'anesthésie <input type="checkbox"/> Arrêt des boissons/ liquides- claires 2 heures avant l'anesthésie <input type="checkbox"/> J0 : Boisson glucidique pré-opérateur 400 ml jusqu'à 2h avant l'anesthésie <input type="checkbox"/>	

HOSPITALISATION	J 0 retour bloc : Date :.....	
	IDE :..... AS :.....	
MOBILISATION	1 ^{er} lever possible 2 h après le retour dans l'unité Bord de lit oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si non fait, motif Installé au fauteuil pendant 1 à 2 h oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> préciser le temps.....	Pour les Amputations Abdomino-Périnéales avec lambeau repos strict au lit avec 1^{er} lever au fauteuil à J5 au matin
ALIMENTATION	alimentation semi- liquide tolérée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

HOSPITALISATION	J1 MATIN		J1 APRES-MIDI		J1 NUIT	
	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....
ALIMENTATION	Normale, le patient prend ce qu'il veut (respecter son régime) - si patient diabétique contre-indication à l'Oral Impact					
MOBILISATION DEAMBULATION	Objectif : 6 h en dehors du lit : marcher 180 mètres					
	installation fauteuil	après toilette (1 h) <input type="checkbox"/>	après-midi (2 h) <input type="checkbox"/>			
		repas midi (1 h 30) <input type="checkbox"/>	repas du soir (1 h 30) <input type="checkbox"/>			
	déambulation	60 m matin (kiné) <input type="checkbox"/>				
			60 m x 2	1 fois/kiné <input type="checkbox"/>		
				1 fois/équipe <input type="checkbox"/>		

HOSPITALISATION	J2 MATIN		J2 APRES-MIDI		J2 NUIT	
	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....
ALIMENTATION	Normale, le patient prend ce qu'il veut (respecter son régime) - si patient diabétique contre-indication à l'Oral Impact					
	Si patient dénutri : cf. alimentation J-1 à l'entrée					
	ORAL IMPACT	⇒ 1 à 10 H 00 <input type="checkbox"/>	ORAL IMPACT	⇒ 1 à 16 H 00 <input type="checkbox"/>	ORAL IMPACT	⇒ 1 à 22 H 00 <input type="checkbox"/>
MOBILISATION – DEAMBULATION	Objectif : 8 h en dehors du lit – marcher 180 mètres					
	déambulation	60 m matin <input type="checkbox"/>	60 m <input type="checkbox"/>	60 m <input type="checkbox"/>		

HOSPITALISATION	J3 MATIN		J3 APRES-MIDI		J3 NUIT	
	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....
ALIMENTATION	Normale, le patient prend ce qu'il veut (respecter son régime) - si patient diabétique contre-indication à l'Oral Impact					
	<u>Si patient dénutri</u> : cf. alimentation J-1 à l'entrée ORAL IMPACT ⇒ 1 à 10 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 16 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 22 H 00 <input type="checkbox"/>	
MOBILISATION – DEAMBULATION	Objectif : 8 h en dehors du lit – marcher 180 mètres					
	déambulation	60 m matin <input type="checkbox"/>	60 m <input type="checkbox"/>	60 m <input type="checkbox"/>		

HOSPITALISATION	J4 MATIN		J4 APRES-MIDI		J4 NUIT	
	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....
ALIMENTATION	Normale, le patient prend ce qu'il veut (respecter son régime) - si patient diabétique contre-indication à l'Oral Impact					
	<u>Si patient dénutri</u> : cf. alimentation J-1 à l'entrée ORAL IMPACT ⇒ 1 à 10 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 16 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 22 H 00 <input type="checkbox"/>	
MOBILISATION – DEAMBULATION	Objectif : 8 h en dehors du lit – marcher 180 mètres					
	Autonome : surveiller mobilisation et déambulation (60 m) <input type="checkbox"/>	Autonome : surveiller mobilisation et déambulation (2 x 60 m) <input type="checkbox"/>				

HOSPITALISATION	J5 MATIN		J5 APRES-MIDI		J5 NUIT	
	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS..... ...
ALIMENTATION	Normale, le patient prend ce qu'il veut (respecter son régime) - si patient diabétique contre-indication à l'Oral Impact					
	<u>Si patient dénutri</u> : cf. alimentation J-1 à l'entrée ORAL IMPACT ⇒ 1 à 10 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 16 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 22 H 00 <input type="checkbox"/>	
MOBILISATION – DEAMBULATION	Objectif : 8 h en dehors du lit – marcher 180 mètres					
	Autonome : surveiller mobilisation et déambulation (60 m) <input type="checkbox"/>		Autonome : surveiller mobilisation et déambulation (2 x 60 m) <input type="checkbox"/>			

HOSPITALISATION	J6 MATIN		J6 APRES-MIDI		J6 NUIT	
	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....	IDE.....	AS.....
ALIMENTATION	Normale, le patient prend ce qu'il veut (respecter son régime) - si patient diabétique contre-indication à l'Oral Impact					
	<u>Si patient dénutri</u> : cf. alimentation J-1 à l'entrée ORAL IMPACT ⇒ 1 à 10 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 16 H 00 <input type="checkbox"/>		ORAL IMPACT ⇒ 1 à 22 H 00 <input type="checkbox"/>	
MOBILISATION – DEAMBULATION	Objectif : 8 h en dehors du lit – marcher 180 mètres					
	Autonome : surveiller mobilisation et déambulation (60 m) <input type="checkbox"/>		Autonome : surveiller mobilisation et déambulation (2 x 60 m) <input type="checkbox"/>			

Annexe 29

**Check list des actions à mener lors de la consultation
De coordination-information**

Check list pour la consultation IDE de coordination- information

- Vérification de l'identité
- Vérification de la personne de confiance
- Vérification du type de chirurgie
- Vérification de la fiche Orbis bloc
- Vérification du parcours patient
 - La date de l'intervention
 - Vérification du lieu et heure d'admission pour l'hospitalisation
 - Informations relatives à la consultation d'anesthésie
 - Bilan sanguin
 - Questionnaire d'anesthésie
 - Consentement d'anesthésie
- Vérification des informations relatives à la chirurgie
 - Consentement
 - Règles d'hygiène
 - Règles relatives à la dépilation
 - Le jeûne
 - Evaluation de la nécessité d'un arrêt de travail
 - Présence des différentes ordonnances préopératoires
 - Bilan sanguin
 - Antiseptique
 - Bas de contention
 - Fiche Prado
- Devenir du patient (convalescence ou pas)
- Vérification de la compréhension par le patient de l'ensemble des informations

Annexe 30

Cartographie des compétences AS

