

ESM – Formation & Recherche en Soins
Université Paris-Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



**La plus value du Cadre de Santé dans
la motivation d'une équipe de
Chirurgie Ambulatoire en essor**

Géraldine DURO

DCS@14-15

REMERCIEMENTS

- * Merci à Monsieur FARNAULT Patrick, Directeur de mémoire, qui a guidé ce travail et a encouragé mes efforts de recherches, d'analyse et d'écriture,

- * Merci à toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mes demandes d'entretiens et à mes questionnaires de recherches,

- * Merci à la direction du CHSF pour la confiance qu'elle m'a accordée,

- * Merci à ma famille qui m'a soutenue durant ces 10 mois de formation et qui a toujours cru en moi,

- * Merci à mes collègues qui ont été source d'inspiration au cours de nos échanges.

Pour David, Léa, Mathéo et Nathan

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
GLOSSAIRE.....	3
NOTE AUX LECTEURS.....	4
1 Introduction.....	5
2 Cadre contextuel.....	7
2.1 Définition de la chirurgie ambulatoire.....	7
2.2 Cadre règlementaire.....	8
2.3 Historique.....	9
2.4 Objectifs et enjeux.....	10
2.4.1 Au niveau national.....	10
2.4.2 Au niveau régional.....	12
2.4.3 Pour l'établissement.....	12
2.4.4 Pour le patient.....	13
2.4.5 En terme de qualité.....	14
2.5 Etat des lieux.....	15
2.5.1 Echelle internationale.....	15
2.5.2 Echelle nationale.....	17
2.6 Ressources nécessaires à son fonctionnement.....	18
2.6.1 Un concept très cadré.....	18
2.6.1.1 En terme de structure.....	18
2.6.1.2 En terme d'organisation.....	19
2.6.1.3 En terme « de sélection » du patient.....	21
2.7 La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé et son ouverture sur la ville	
3 Cadre des références théoriques.....	24
3.1 La performance et l'efficacité.....	24
3.1.1 La performance.....	24
3.1.1.1 Définition.....	24
3.1.2 L'efficacité.....	25
3.2 Les résistances au changement.....	26
3.3 La motivation, l'implication et la satisfaction, trois concepts étroitement liés....	28
3.3.1 La motivation.....	28

3.3.1.1	Définition du concept de la motivation	28
3.3.1.2	Les concepts actuels de la motivation	29
3.3.1.3	Evaluation de la motivation.....	30
3.3.1.4	Processus de motivation	30
3.3.1.5	Sources de motivation au travail	32
3.3.2	L'implication et la satisfaction	32
3.3.3	Les liens entre ces concepts.....	33
3.4	Sociologie des organisations.....	34
3.5	Le management.....	36
3.5.1	Définition.....	36
3.5.2	Les rapports politiques	37
3.5.3	L'institution et le corps social	38
3.5.4	Les différents types de management	39
3.5.5	Représentation identitaire	41
3.5.6	Le management de l'humain par le cadre de santé.....	42
4	Etude de terrain	47
4.1	Choix de la méthode de recueil d'informations.....	47
4.2	Déroulement des entretiens.....	48
4.3	Le guide d'entretien	48
4.4	Le questionnaire.....	49
4.5	Le choix des catégories professionnelles et lieux enquêtés	49
4.6	Les limites de l'enquête	50
4.7	Les points forts de l'enquête	51
5	Présentation des résultats et de l'analyse de l'enquête.....	51
5.1	Résultats des entretiens	51
5.2	Résultats des questionnaires	61
5.3	Synthèse	71
6	Conclusion.....	74
7	Bibliographie.....	75

TABLE DES ANNEXES

GLOSSAIRE

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation
CRO : Compte rendu Opérateur
DIM : Département d'Informations Médicales
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
ESM : Ecole Supérieure Montsouris
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IAAS : International Association for Ambulatory Surgery
IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IBODE : Infirmière du Bloc Opérateur Diplômée d'Etat
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
ISAC : Inventaire de Satisfaction Appliqué aux Cadres
ISIPAD : Intervention Soins Infirmiers Post Ambulatoire
MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
PMSI : Programme médicalisé du Système d'Information
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PRS : Programme Régional de Santé
QST : Questionnaire de Satisfaction au Travail
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SMS : Short Message Service
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TVT : Tension-free Vaginal Tape
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

Note aux lecteurs

Le mémoire des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM est un travail personnel réalisé pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leur auteur.

Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

1 Introduction

Le thème de ce mémoire présenté à l'issue de ma formation de cadre de santé s'appuie sur l'une de mes expériences professionnelles. En effet, en tant qu'infirmière coordinatrice, j'ai été tout particulièrement impliquée dans la mise en œuvre de l'ouverture d'un service de chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement hospitalier où j'exerçais mon activité.

Cette spécialité qui était pratiquée de façon foraine, c'est-à-dire sur différents services de chirurgie, a été centralisée au cours de l'année 2007 dans une unité spécialement dédiée qui accueillait alors huit patients.

Puis, en janvier 2012, à l'occasion du regroupement sur un seul site des centres hospitaliers de Corbeil-Essonnes, Evry-Courcouronnes et Yerres (situés dans le département de l'Essonne), le service de chirurgie ambulatoire a augmenté sa capacité d'accueil à vingt fauteuils.

Cette fusion a eu pour conséquence une amplification de la charge de travail liée au taux de turnover plus important des patients alors que l'effectif soignant n'a pas évolué et ce, malgré une augmentation d'activité.

Le développement de l'ambulatoire répond à l'un des objectifs nationaux de politique de santé dont le but est de favoriser la diminution des dépenses de santé.

L'efficacité et la performance de cette nouvelle organisation participent au rééquilibrage budgétaire.

Cependant un « trouble » se fait très vite ressentir au sein du personnel soignant et les difficultés apparaissent. En effet, les équipes paramédicales n'ont pas eu le temps de se préparer à ce changement et n'ont pas vraiment réalisé l'impact qu'il produirait sur leur activité. Elles évoquent un sentiment d'insatisfaction quant à la qualité des soins prodigués.

Les zones d'incertitudes se développent et des résistances au nouveau mode de travail apparaissent de la part des équipes médicales et paramédicales car « l'ambulatoire » n'est pas encore ancré dans la culture médicale institutionnelle.

Cette évolution marque une modification des modalités de prise en charge du patient et un bouleversement des mentalités des professionnels de santé.

C'est à partir de ce moment que je m'interroge d'une part, sur la place du cadre de santé dans un secteur de chirurgie ambulatoire en pleine extension et dans un contexte médico-économique sensible et, d'autre part, aux travers de quelles pratiques, il peut être une plus value dans la motivation de son équipe ?

J'aborderai dans une première partie les éléments qui fonderont mon travail de recherche qui se déroulera sous un angle théorique, puis, dans une seconde partie, et à l'issue des différentes hypothèses de recherches, l'analyse viendra confirmer ou infirmer celles-ci.

2 Cadre contextuel

2.1 Définition de la chirurgie ambulatoire

La conférence de Consensus¹ de 1993, donne la définition suivante : la chirurgie ambulatoire est « *l'ensemble des actes chirurgicaux et/ou d'exploitations programmées réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésies de modes variables, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée permettant sans risque majeur la sortie du patient le jour même de son admission.* »²

Quant au plan réglementaire, le Code de la santé publique le présente comme « *une structure de soins alternative à l'hospitalisation et limite sa durée journalière d'ouverture à douze heures. Son organisation doit être spécifique, et elle dispose de moyens propres en locaux, en matériel ainsi qu'en personnel.* »

La définition internationale adoptée par le Comité exécutif de l'IAAS en 2003 vient confirmer celle de l'OMS et stipule qu' « *un patient pris en charge en chirurgie ambulatoire est admis pour une intervention qui est planifiée ne nécessitant pas un séjour hospitalier mais néanmoins des installations permettant la récupération. L'ensemble de la procédure ne devrait pas nécessiter de nuit d'hospitalisation* ». ³

¹ L'objectif d'une conférence de consensus est de faire rédiger par une commission d'experts un avis collectif sur une question controversée, à laquelle les réponses diffèrent selon les enjeux représentés par les acteurs. Cette pratique de "consensus-conference" vient d'Amérique du nord ; elle a été introduite en Europe dans les années 1990 et est devenue une pratique courante, en France, dans le domaine de la santé, en particulier en médecine pour définir une doctrine thérapeutique. La Haute Autorité de Santé organise ce type de conférence de consensus.

² <http://www.em-consulte.com/en/article/145314>

³ Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger - Etat des lieux et perspectives- rapport d'orientation.

2.2 Cadre règlementaire

La chirurgie ambulatoire est encadrée par de nombreux textes, dont principalement :

- * La loi n° 91-748 du **31 juillet 1991**⁴ portant réforme hospitalière affirmant la possibilité pour les établissements de santé publics ou privés de dispenser des soins de courte durée, avec ou sans hébergement.
- * Le décret 92-1100 du **2 octobre 1992**⁵ portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique. Il prévoit les modalités de création de structures de soins.
- * L'arrêté du **7 janvier 1993**⁶ relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Il définit la notion de « zone opératoire protégée » et précise les fonctions de ces structures. La présence d'un médecin coordonnateur de l'unité est mentionnée.
- * L'article **37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008**⁷ relatif à la mise sous entente préalable. Il stipule qu'il 'y a obligation de demander à la sécurité sociale un accord, en amont de l'hospitalisation, qui valide ou non l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire.
- * Le décret **2012-69 du 20 août 2012**⁸ « modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation ». Il introduit la possibilité d'organiser l'activité ambulatoire avec du personnel exerçant également en hospitalisation conventionnelle et avec des moyens matériels partagés avec les plateaux techniques non dédiés à l'ambulatoire .Une confusion

⁴ Annexe 1

⁵ Annexe 2

⁶ Annexe 3

⁷ Annexe 4

⁸ Annexe 5

sur l'organisation et le fonctionnement de ces unités apparaît. Cela semble en contradiction, non seulement avec les recommandations communément admises, mais aussi avec le principe général, par ailleurs rappelé dans ce même document que: «...les unités disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel».

Ce cadre réglementaire fixe les limites des pratiques ambulatoires dans un contexte de successions de réformes qui évolue sans cesse.

Retraçons son historique afin de mettre en évidence son évolution internationale.

2.3 Historique

Ce n'est que dans les années 1970 que la chirurgie ambulatoire a commencé à se développer pour connaître une croissance rapide dans les années 1980, en particulier aux Etats-Unis.

Ce pays, ainsi que la Grande Bretagne, sont les deux pays précurseurs dans ce type de prise en charge.

En effet, les premières expériences ont été tentées aux Etats-Unis dès le milieu du 19^{ème} siècle par C. LONG⁹ et W. MORTON¹⁰, tandis qu'au Royaume-Uni, NICOLL¹¹ réalise près de 7000 interventions en chirurgie ambulatoire.

A la fin des années 1960 s'ouvre en Arizona et à Rhode Island les deux premiers centres indépendants de chirurgie ambulatoire. En 1970, on en comptait une dizaine, pour atteindre 1700 centres en 1992¹².

Le « désengorgement » des lits d'hospitalisation conventionnelle et la réduction des coûts hospitaliers sont les principales motivations du développement de cette pratique.

⁹ Chirurgien et pharmacologue Américain, créateur de l'anesthésie à l'éther. http://fr.wikipedia.org/wiki/Crawford_Long

¹⁰ Américain responsable de la première démonstration publique réussie des qualités de l'éther en tant qu'anesthésique par inhalation. http://fr.wikipedia.org/wiki/William_Thomas_Green_Morton

¹¹ Chirurgien

¹² La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives novembre 1997

Pour la Grande Bretagne, les préoccupations sont plutôt centrées sur le problème des délais d'attente nécessaires pour bénéficier d'un acte chirurgical et les difficultés rencontrées pour recruter du personnel qualifié.

Toutefois, la pratique de la chirurgie ambulatoire n'y est pas aussi développée qu'aux Etats-Unis.

En France, c'est en 1980, à Strasbourg, que le premier centre indépendant est créé. Il prendra de l'ampleur à partir des années 1990. Initialement prévue pour des interventions de courte durée (cataracte, endoscopie...), cette structure de soins est de nos jours une alternative pour des interventions requérant des pratiques avancées (TVT¹³, cœlioscopie, hystérectomie voie basse, prothèse de hanche).

La réglementation juridique relative au développement de l'ambulatoire a été mise en place en 1970 mais le développement de l'ambulatoire semble avoir été réellement impulsé depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et, depuis 2010, la chirurgie ambulatoire est classée « priorité nationale » en France en matière d'évolution d'offre de soins.

2.4 Objectifs et enjeux

Depuis 2003, le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ont mobilisé de nombreux « leviers » avec pour objectif commun de développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé en substitution à l'hospitalisation complète.

2.4.1 Au niveau national

Le principal enjeu du développement de la chirurgie ambulatoire est d'ordre économique. Il vise à la diminution des dépenses des établissements de santé et de l'assurance maladie.

¹³ Tension-free vaginal tape

Les objectifs nationaux de Chirurgie Ambulatoire sont à inclure dans les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) signés entre les établissements de santé et l'ARS¹⁴ et permettent un investissement commun des différents acteurs concernés. Ainsi, le travail en collaboration est développé. Le non-respect des engagements des établissements de santé dans les CPOM est susceptible d'impliquer une pénalité financière.

En 2008, un dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) est prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale. Il concerne les établissements dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à la moyenne nationale. Ceux-ci doivent faire au préalable une demande d'accord d'hospitalisation en service conventionnel auprès du service médical de l'assurance maladie pour pratiquer un « geste » qui pourrait s'effectuer en chirurgie ambulatoire. A noter que la procédure de MSAP comportait cinq gestes marqueurs en 2008, puis 17 en 2009, pour atteindre une liste de 38 actes¹⁵ en 2011.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a fixé comme objectif, dans le secteur public, la réalisation à hauteur de 50 % d'actes opératoires en ambulatoire pour fin 2016, taux porté à 62 % d'ici l'année 2020.

Vincent GERARD, délégué à la Fédération Hospitalière de France, estime que l'hôpital public doit faire davantage : « *cette montée en charge doit s'organiser* ». Toutefois, il tient compte des objectifs qui s'avèrent être différents selon le secteur « privé » ou « public ».

Au cours de l'année 2015, une somme d'un montant de 19,5 M€ sera consacrée à l'accompagnement des établissements pour le développement de l'offre ambulatoire.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2015 renforce « *le développement des soins de proximité et ambulatoires* ». Les leviers organisationnels portent sur l'encouragement aux projets innovants, la formation, l'accompagnement des établissements au travers de la contractualisation avec les agences régionales de santé.

¹⁴ Agence régionale de santé

¹⁵ Voir annexe 6

2.4.2 Au niveau régional

La loi « HPST » du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires avait pour objectif de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012.

Ainsi, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS –PRS), issu de la loi HPST, comporte une partie relative à l'extension de l'offre en soins ambulatoires. Il s'agit de développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble. Le décloisonnement des secteurs ville/hôpital, public/privé est nécessaire afin d'élargir la coopération entre les établissements et les professionnels de santé.

La chirurgie ambulatoire est considérée comme un « *levier majeur de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie, cela en termes de qualité et d'efficience pour les structures.* »¹⁶

2.4.3 Pour l'établissement

Disposer d'une organisation spécifique, structurée, efficiente est primordiale pour le bon fonctionnement d'une UCA.

Les recommandations de l'ANAP, l'HAS et la SFAR portent sur :

- une large amplitude d'horaires d'accueil,
- un taux de rotation important de patients,
- une coordination optimale entre unité de chirurgie ambulatoire/bloc ambulatoire dédié,
- un personnel formé et éventuellement polyvalent au sein de l'unité ambulatoire,
- un travail standardisé, ainsi que des protocoles de soins rédigés et consultables aisément,

¹⁶ La chirurgie ambulatoire –Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes-www.santé.gouv.fr. Consulté le 4/10/2014, page 4

- une fluidité du « parcours patient » en pré et post-opératoire (prise en charge du patient en amont et en aval par une régulatrice dédiée à l'unité, sortie d'anesthésie validée rapidement),
- une volonté forte des chirurgiens et des anesthésistes dans la pratique de l'ambulatoire et une coopération entre les différents acteurs.

Par ailleurs, il semble important de soutenir la chirurgie ambulatoire dans son innovation car elle offre une évolution des pratiques chirurgicales et managériales. Le développement des pratiques médicales nécessite que les organisations et les modes de prise en charge soient continuellement réajustés.

Le développement de l'activité ambulatoire est un des objectifs institutionnels. Il permet de redéfinir le capacitaire en lits conventionnels et ainsi de répondre à un retour à l'équilibre financier, de réfléchir sur les besoins en matière de ressources humaines, compte tenu que le service ne fonctionne pas la nuit, le week-end, les jours fériés et une partie des vacances scolaires. Nécessitant un quota en personnel moins important, il va dans le sens d'un rééquilibrage financier en réduisant les dépenses de titre 1.

Par ailleurs, l'augmentation du taux de rotation des patients et le remboursement par l'assurance maladie sur la base d'un forfait engendrent une augmentation des recettes de l'établissement. Les coûts des soins relevant de la chirurgie ambulatoire sont moindres que pour l'hospitalisation traditionnelle.

Abordons à présent l'objectif principal fondant les valeurs des professionnels de santé : **le Patient.**

2.4.4 Pour le patient

Grâce à sa courte durée d'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire offre des avantages pour le patient. Elle abaisse le risque d'infections nosocomiales, de phlébites, d'états confusionnels des personnes âgées et diminue les craintes des enfants. Enfin, elle offre le confort de pouvoir réintégrer rapidement le milieu de vie.

La mise en place d'un « chemin clinique en *interne* » permet de fluidifier et d'optimiser la prise en charge du patient qui bénéficie d'une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs.

Le Professeur Corinne VONS annonce que la chirurgie ambulatoire « *n'est pas une chirurgie low cost, mais bien une chirurgie d'excellence* »¹⁷

2.4.5 En terme de qualité

L'évaluation de la chirurgie ambulatoire est prise en compte dans le manuel de certification (version avril 2011) au niveau du critère 26.a « *Organisation du bloc opératoire*».

C'est une « pratique exigible prioritaire » qui sera consolidée lors de la visite de certification V 2014. Celle-ci met en place « le patient traceur » et vient modifier le mode d'évaluation des établissements. Il est révélateur de la performance des établissements de santé.

Elle analyse « *de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval. Elle évalue les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. Elle offre la possibilité d'évaluer de manière plus ciblée une étape de la prise en charge. Il s'agit d'une « méthode orientée «parcours», qui s'intéresse à la prise en charge globale d'un patient, aux interfaces entre secteurs et à la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.* »¹⁸

Elle renforce par ailleurs le développement de la qualité de la collaboration entre les structures de soins et la ville. Elle est, à ce jour, une chirurgie de première intention.

Pour ce faire, une dynamique d'actions est engagée : un programme commun ANAP/HAS permet de mettre à la disposition des acteurs une « boîte à outils » les guidant dans leurs pratiques professionnelles (définition de chemins cliniques, organisations des unités de chirurgie ambulatoire, fiches techniques, recommandations, indicateurs de qualité et d'efficience...).

¹⁷ Le figaro santé du 5/05/2014

¹⁸ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_4_patient_traceur_vd.pdf. Consulté le 16 novembre 2014.

Récemment, la HAS, engagée avec l'ANAP dans un programme de développement de la chirurgie ambulatoire, vient de livrer de nouveaux outils. Un logiciel médico-économique s'accompagne d'un tableau d'indicateurs, d'une grille « patient-traceur » et d'une seconde grille de contrôle interne.

Il n'en demeure pas moins que, malgré les démarches d'accompagnement des tutelles et des nombreuses agences, la chirurgie ambulatoire demeure encore trop peu développée en France.

2.5 Etat des lieux

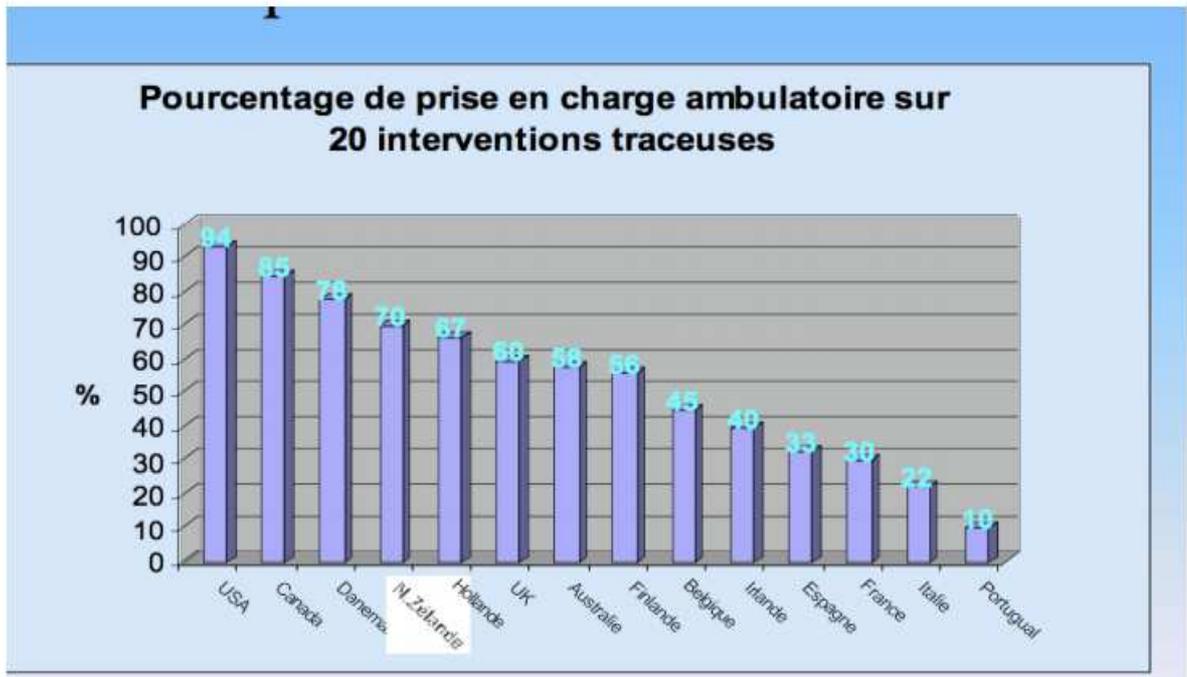
2.5.1 Echelle internationale

Il semble complexe de définir des statistiques internationales dans la mesure où il existe des différences dans la terminologie employée et dans l'organisation des systèmes de santé dans le monde.

En effet, l'Amérique est souvent source de référence pour comparer les pays entre eux. Cependant, dans ses statistiques figurent également la chirurgie effectuée dans des cabinets médicaux et dite de « 23 heures », ainsi que les consultations externes ou les actes de radiologie interventionnelle, pratiques qui ne correspondent pas à la définition internationale de la chirurgie ambulatoire retenue par l'IAAS.

Le schéma ci-dessous représente le placement de la France par rapport aux autres pays pratiquant la chirurgie ambulatoire.

Le Retard Français



Le rapport de la Cour des Comptes paru en septembre 2013 fait apparaître le retard de la France par rapport aux autres pays européens en matière de prise en charge ambulatoire des interventions.

Elle représentait 32 % des actes en 2007 et s'élève depuis 2012 à un peu plus de 42.7 %¹⁹ Sa progression s'appuie sur l'innovation technologique et chirurgicale.

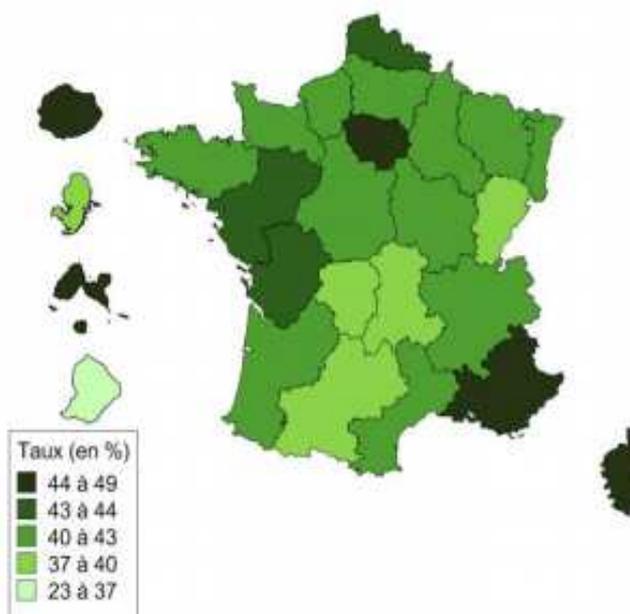
A l'échelle nationale, d'importantes disparités sont également constatées.

¹⁹ Sources Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

2.5.2 Echelle nationale

Des disparités territoriales existent avec une pratique inégale de l'activité ambulatoire sur l'ensemble du territoire Français.

Taux de chirurgie ambulatoire par région en 2013



Sources Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation²⁰

Cette diversité cartographique s'explique par l'écart entre le secteur public/privé dans l'offre de soins régionale, l'inégale répartition territoriale des établissements de santé, l'accès à l'offre de soins plus ou moins facile selon les territoires et la distance des patients par rapport aux établissements pratiquant cette prise en charge.

Comme le démontrent les chiffres, on peut constater que dans le secteur privé la culture ambulatoire est davantage développée que dans le secteur public (7 interventions sur 10 dans le privé contre 2 à 3 dans le secteur public)²¹

²⁰ http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_ca_2013_publication.pdf. Consulté le 14/02/2015

²¹ Rapport cour des comptes, septembre 2013

2.6 Ressources nécessaires à son fonctionnement

2.6.1 Un concept très cadré

2.6.1.1 En terme de structure

L'organisation est en lien avec la structure architecturale et, parmi les quatre modèles décrits ci-dessous, aucun n'est imposé par la réglementation française.

- La structure intégrée : l'unité d'hospitalisation ambulatoire est située dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités des deux unités. Ce type d'organisation, le plus ancien, est actuellement le plus présent en France.
- La structure de fonctionnement autonome : l'unité de chirurgie ambulatoire dispose d'un bloc dédié, mais situé au sein du bloc traditionnel.
- La structure satellite : l'unité de chirurgie ambulatoire possède son bloc ambulatoire dédié, qui lui-même est situé géographiquement en dehors du bloc conventionnel.
- La structure indépendante : la structure ambulatoire est externe à un établissement de santé.

Toutefois, l'article D.6124-301 du Code de la Santé Publique précise que « *les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel* ».

De plus, l'article D. 6124-302 du Code de la Santé Publique et l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire viennent préciser la pratique ambulatoire.

Néanmoins, la structure architecturale n'est pas forcément révélatrice d'une bonne qualité de prise en charge du patient mais elle y contribue. Plus il est réuni d'éléments propices à une bonne organisation, plus la prise en charge est de qualité et efficiente.

La chirurgie ambulatoire est donc un **concept d'organisation** : « *l'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation* »²²

Pour ce faire, « *la chirurgie ambulatoire implique une organisation irréprochable* »²³

2.6.1.2 En terme d'organisation

Après analyse, le processus du parcours de chirurgie ambulatoire se découpe en trois phases²⁴ successives et complémentaires. L'intervention des différents acteurs a pour objectif unique la prise en charge effective et de qualité du patient.

Le chemin clinique détaillé en annexe 6 distingue :

- * **une phase pré-hospitalisation** regroupant :
 - la consultation pré-opératoire,
 - la consultation d'anesthésie (si besoin),
 - la réalisation des examens complémentaires prescrits,
 - la prise en charge administrative (admission, visite avec la régulatrice de l'unité de chirurgie ambulatoire si ce poste existe, appel à J-1 du patient).

Ce déroulement incontournable permet de réduire le risque d'annulation à Jo ou à J-x.

Une prise en charge bien cadrée en amont est le premier maillon du processus.

²² Socle de connaissances, Haute Autorité de Santé – Avril 2012

²³ Professeur Corinne Vons, Présidente de l'AFCA

²⁴ Annexe 7

* **l'hospitalisation le jour J :**

Elle est souvent la plus anxiogène et la plus « mémorable » pour le patient.

Le respect des procédures de travail, l'optimisation de l'organisation des services (bloc, unité ambulatoire) permettent la réussite de cette étape.

Elle est aussi dépendante de la phase de préparation en amont.

Sa durée varie selon le type d'intervention, d'anesthésie mais aussi selon l'organisation du service. L'objectif est de proposer une durée de séjour la plus courte possible tant pour le patient que pour l'établissement.

* **une phase post-hospitalisation** incluant :

- l'appel J+1 du patient effectué par l'UCA,
- la consultation post-opératoire.

Elle permet de conclure la prise en charge du patient.

Le cadre est le garant du respect et de l'efficacité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours.

Par ailleurs, une bonne coordination entre les différents acteurs de l'unité ambulatoire s'avère indispensable. Elle passe par :

- la programmation opératoire selon un ordre de passage défini la veille,
- la prise en compte des critères « âge » et « type d'anesthésie »,
- la planification des heures d'arrivées des patients en UCA de manière échelonnée,
- l'organisation des plages opératoires des chirurgiens et le respect de celles-ci,
- l'évaluation du temps d'occupation des fauteuils et la possibilité de réaliser un turnover patient,
- la préparation de la sortie de manière anticipée limitant ainsi le temps d'attente post-opératoire,
- le respect de la charte du bloc opératoire (la chirurgie ambulatoire est normalement une chirurgie programmée excluant les urgences qui peuvent

- être éventuellement intégrées si elles ne perturbent pas l'activité programmée),
- l'application du règlement intérieur du service de chirurgie ambulatoire par tous les intervenants.

L'optimisation de l'organisation au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire relève de la responsabilité du cadre de proximité en lien avec le médecin responsable et la hiérarchie paramédicale (cadre supérieur(e) ou cadre de pôle). Pour qu'elle soit qualifiée d'optimale, elle requiert un repérage et un respect en amont des critères de sélection des patients s'appuyant sur des normes législatives.

L'organisation doit vivre avec les évolutions règlementaires, financières, politiques.

La qualité et la sécurité des soins dans la prise en charge du patient sont la finalité de ce processus et la satisfaction du patient en est le reflet.

2.6.1.3 En terme « de sélection » du patient

Le critère de sélection du patient relève du chirurgien, tandis que l'anesthésiste valide en dernier lieu l'aptitude à l'ambulatoire. Le cadre, aux côtés de l'équipe paramédicale, vérifie la présence des pré-requis afin que l'hospitalisation soit en adéquation avec l'organisation de son service. Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque de réadmission en urgence et d'effectuer une prise en charge adaptée pour le patient. Le concept fondamental est le « triptyque acte/patient/structure », qui correspond à l'analyse du bénéfice/risque pour le patient.

Parmi les critères d'éligibilité du patient apparaissent les recommandations suivantes :

- avoir un accompagnateur à la sortie d'hospitalisation (selon le type d'anesthésie),
- prévoir deux personnes pour raccompagner un enfant opéré âgé de moins de dix ans,
- pour les enfants, être âgés de plus de trois mois,

- pas de limite d'âge pour les adultes,
- ne pas demeurer seul la première nuit après avoir subi une anesthésie générale,
- être en capacité de comprendre et d'appliquer les consignes de soins (il ne doit pas exister de barrière de la langue ou dans le cas contraire, être accompagné d'un traducteur et les conditions d'hygiène doivent être correctes au domicile),
- avoir accès rapidement à un téléphone pour appeler les secours en cas de problème,
- lieu de résidence post-opératoire compatible avec la prise en charge médicale,
- être accompagné d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations si le patient est atteint d'un trouble du jugement,
- être identifié comme « acte marqueur »²⁵,
- risques anesthésistes faibles et antécédents médicaux légers.

Dès lors que l'une des conditions ci-dessus énumérées n'est pas remplie, l'hospitalisation ambulatoire n'est pas validée. Elle est alors programmée en service conventionnel.

2.7 La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé et son ouverture sur la ville

L'article D 6124-304 du code de la Santé Publique stipule que « *les structures de soins mentionnées à l'article D 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés* ».

Le relais hôpital-ville peut s'envisager sous plusieurs formes. L'implication des réseaux infirmiers ainsi que la télémédecine sont des pistes à explorer.

²⁵ Voir annexe 5

✓ L'implication des réseaux infirmiers

En amont de l'intervention, il est recommandé de se rapprocher des médecins traitants afin de les informer de la prise en charge ambulatoire de leur patient. Cette démarche a pour but de préparer au mieux l'intervention et pour les plus fragiles d'adapter leur suivi au domicile.

Cette expérience de suivi a déjà été tentée en Picardie par la mise en œuvre du dispositif « ISIPAD »²⁶. Ce projet, porté par l'ARS de Picardie en 2013, apporte une plus-value en termes de satisfaction des patients et une diminution des hospitalisations post-intervention.

Dès lors, l'information en aval des médecins généralistes est importante dans le suivi du patient.

✓ Le développement de la télémédecine

La télémédecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies, le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits ou des actes, d'assurer une surveillance de l'état des patients.

La télémédecine est réalisable sous forme de téléconsultation, de télé-expertise, de télésurveillance médicale, de téléassistance et de régulation médicale. Elle demeure encore trop peu utilisée et semble plus difficilement applicable en milieu rural.

Le Ministère de la Santé encourage toutefois son développement sur l'ensemble du territoire français.

²⁶ Intervention soins infirmier post-ambulatoire

Dans un contexte politique et institutionnel de développement de l'activité ambulatoire, de nouvelles organisations internes sont nécessaires afin de les rendre performantes et efficaces.

Sur quels éléments l'encadrement à différents niveaux hiérarchiques peut-il s'appuyer pour mener à bien ce changement en maintenant la motivation et les valeurs des soignants ?

Cette question nous amène à approfondir différents concepts qui fonderont ce travail de recherche.

3 Cadre des références théoriques

3.1 La performance et l'efficience

3.1.1 La performance

3.1.1.1 Définition

L'OMS la décrit selon trois objectifs « *Améliorer la santé des populations, répondre aux attentes des personnes, assurer un financement équitable* ».

Selon le dictionnaire le Petit Larousse²⁷ la performance se définit comme « *un résultat obtenu dans l'exécution d'une tâche* ».

Rapportée au contexte hospitalier fortement contraint économiquement, la performance a pour finalité une optimisation des moyens afin de proposer des soins de qualité prodigués en toute sécurité qui conduiront à l'efficience de l'établissement.

Pour cela, des indicateurs permettent de comparer les établissements de capacité identique entre eux et d'allouer des allocations de ressources.

Comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, l'ANAP a pour mission d'aider les établissements de santé à atteindre les objectifs qui leur sont fixés par les tutelles et la visite de certification introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996 permet l'appréciation de la qualité des prestations de soins.

²⁷ Le petit Larousse illustré 2013

Depuis 2005, les modalités de rétribution des établissements de santé ont changé passant d'un financement par dotation globale à un financement à l'activité (T2A). Cela accentue le versant « performance » des établissements et il est nécessaire de rester attentif au respect de la qualité de prise en charge et de la sécurité des patients.

La mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) vise à établir la cartographie de l'offre de soins du territoire et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Au regard des attentes nationales, régionales, institutionnelles et de la « patientèle, » les établissements n'ont pas d'autre choix que de se réorganiser, de développer de nouvelles activités notamment dans le secteur ambulatoire et de coopérer avec les différentes structures et le réseau de ville.

Ainsi, la performance tend à améliorer nos organisations, la prise en charge du patient et l'efficacité des établissements de santé. Ces deux termes sont étroitement liés.

3.1.2 L'efficacité

Selon le dictionnaire Larousse, l'efficacité se définit par « *l'aboutissement à de bons résultats avec le minimum de dépenses, d'efforts* ».

Un hôpital peut être considéré comme efficace dès lors que la durée moyenne de séjour de ses patients est la plus courte possible, sans pour autant compromettre la qualité de prise en charge des soins, qui rappelons-le est une des missions du service public hospitalier.

Comme nous l'avons vu précédemment le taux élevé de turnover des patients en chirurgie ambulatoire associé à l'utilisation minimale des ressources, est un indicateur d'efficacité.

La croissance des dépenses de santé incite l'hôpital à une bonne utilisation des ressources et, pour cela, chacun y participe dans son secteur de soins, sous « surveillance » de l'ARS et grâce aux conseils des agences telles que l' HAS, l'ANAP.

La chirurgie ambulatoire, en plein essor, envisage l'augmentation de sa capacité d'accueil pour les années à venir. Ce développement ne peut se faire sans la restructuration

des organisations des établissements de santé (ressources humaines, parcours patient, organisation interne du service...)

Pour construire quelque chose, il faut d'abord le détruire et le changement est ainsi inévitable.

C'est alors, que les conduites de résistance aux changements apparaissent.

3.2 Les résistances au changement

Le changement se définit dans le Petit Larousse par « *l'ensemble des mécanismes permettant la transformation* ».

Il consiste en la « *gestion de la transition d'une organisation d'un état A vers un état B* »²⁸

On peut distinguer deux visions du changement :

- Soit, c'est un évènement particulier de la vie des organisations perçu comme un élément « perturbateur ». Dans ce contexte, la problématique de résistance au changement est majorée.
- Soit, c'est un évènement qui fait partie de la vie quotidienne des organisations. Dans ce cas, l'individu perçoit la nécessité de changer et ressent une envie et un besoin de « faire mieux ».

En fait, soit le changement est subi par la personne et s'impose à elle, soit il est produit par l'individu qui, dès lors, fait évoluer lui-même la structure.

L'idéal se situe entre ces extrêmes où les individus ont une certaine liberté d'action qui reste tout de même maîtrisée par la direction.

²⁸ Que sais-je ? Le management, p 95.

Le changement est aussi bien d'ordre individuel que collectif, personnel que professionnel. Il influe sur la stratégie, l'organisation, la dynamique humaine. Il est responsable de nombreuses craintes et interrogations. L'inconnu et ses bienfaits font peur.

« Tout changement dans un système provoque dans celui-ci l'apparition de forces contraires au changement en se donnant comme objectif de revenir à la situation antérieure »²⁹.

Les restructurations internes de l'unité de chirurgie ambulatoire vont perturber les habitudes de travail des équipes en place depuis de nombreuses années.

Les soignants vivent ces évolutions et doivent s'y adapter. Outre l'Institution, ce sont les individus et le groupe qui font le changement.

Des résistances peuvent s'exprimer par le poids des habitudes, de la culture et des expériences passées.

K. LEWIN³⁰ définit trois phases dans le processus de changement :

- le dégel, période difficile de questionnement,
- le changement,
- le regel, période d'acculturation.

La réaction de résistance au changement est fréquente et normale dans le processus d'acceptation.

L'acceptation du changement dépend de la façon dont il est mis en place plutôt que de la nature du changement.

La gestion du changement s'organise d'abord par un certain nombre d'analyses préalables ou de diagnostics, puis il importe de préciser les buts à atteindre et enfin de définir une stratégie.

Pour mener à bien ces réorganisations, le cadre de santé développe des actions et des réponses adaptées à chaque comportement réfractaire, accompagne son équipe, associe

²⁹ M.CROZIER : théorie des organisations

³⁰ Psychologue Américain

les acteurs concernés, les mobilise dans le projet. La mise en place d'un projet devient un effet mobilisateur. Il est le nœud central du changement.

La réussite d'une action nouvelle dépend de la vision que s'en font les acteurs concernés : va-t-elle leur apporter plus d'avantages que d'inconvénients ?

Il ne suffit pas de comprendre pour changer, il est primordial d'obtenir la collaboration des interlocuteurs pour agir autrement.

Le cadre va fédérer son équipe autour d'objectifs communs, l'impliquer et la responsabiliser dans le but de développer un sentiment d'appartenance à un collectif.

Il donne un sens concret aux réformes pour susciter l'adhésion de son équipe.

Il accompagne son équipe dans l'apprentissage et l'appropriation du changement.

Il fait preuve d'innovation et de créativité.

C'est le fil conducteur de son équipe, le leader et son rôle est déterminant dans leur motivation.

3.3 La motivation, l'implication et la satisfaction, trois concepts étroitement liés

Il est fréquent de confondre le terme « motivation » avec ceux de « satisfaction » et « d'implication » car même s'ils sont étroitement liés leur signification reste pour autant distincte.

3.3.1 La motivation

3.3.1.1 Définition du concept de la motivation

Selon le dictionnaire le Petit Robert, la motivation se définit par les « *raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action* ».

PORTER³¹ et LAWLER³² eux, définissent la motivation comme une « *énergie qui détermine un type de comportement particulier* »³³

PORTER précise que la motivation est « *un comportement humain [...] ce sont les forces énergétiques qui, chez les individus, les poussent à se comporter de certaines manières et les forces environnementales qui souvent déclenchent les conduites* »³⁴

Robert FRANCES³⁵ énonce la motivation comme une dépense énergétique réalisée dans un but bien défini. C'est « *un processus qui tend vers l'accomplissement de l'activité du travail* ». ³⁶

Les différentes définitions convergent vers l'idée que la motivation est dépendante d'éléments internes et externes à l'individu.

3.3.1.2 Les concepts actuels de la motivation

On peut distinguer deux sortes de motivations :

- La motivation **intrinsèque** liée aux valeurs, aux croyances individuelles, aux défis et au sentiment d'accomplissement de soi. C'est sur celle-ci que les soignants sont les plus sensibles, les plus touchés.
- La motivation **extrinsèque** liée aux avantages sociaux, à la rémunération, aux conditions de travail.

Comme l'a évoqué Victor VROOM³⁷, « *si l'on veut travailler sur les motivations des agents, il est nécessaire de connaître celles-ci et non de les supposer.* »

³¹ Professeur de stratégie d'entreprise à l'Université Harvard et consultant d'entreprise, célèbre pour son analyse de la façon dont une entreprise peut obtenir un avantage concurrentiel. [.http://fr.wikipedia.org/wiki/Michael_Porter](http://fr.wikipedia.org/wiki/Michael_Porter)

³² Catcheur Américain et commentateur

³³ Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p11

³⁴ Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p12

³⁵ Professeur de psychologie à l'université Paris X Nanterre

³⁶ Motivation et efficacité au travail. Robert FRANCES, p18

³⁷ Psychologue Canadien né à Montréal en 1932, auteur de la théorie des attentes, théorie VIE. http://fr.wikipedia.org/wiki/Victor_Vroom

Par cet aspect, l'organisation du travail se fait de manière efficace et dans le respect d'autrui.

Le cadre doit connaître le travail du personnel dont il a la charge. Autrement, comment peut-il manager, motiver une équipe et être à l'origine d'une organisation dont il ne possède ni les tenants ni les aboutissants.

La motivation est une technique psychique qui ne peut être observée de manière directe.

3.3.1.3 Evaluation de la motivation

Elle s'évalue de manière subjective par l'utilisation d'échelles de mesures des comportements et, de façon objective, par le biais de scores de performance dont on cherche les corrélations avec l'efficacité individuelle et la performance.

Les symptômes du manque de motivation sont :

- une impression d'inutilité,
- un sentiment d'ennui au travail,
- un manque de défi,
- une sensation de ne travailler que pour l'aspect financier,
- un manque d'enthousiasme et/ou une angoisse pour se rendre au travail ou dans la réalisation des tâches,
- une absence de participation à des groupes de travail.

Nous allons aborder maintenant l'aspect théorique du processus de motivation au travail.

3.3.1.4 Processus de motivation

La théorie « VIE » de Victor Vroom, validée en France comme aux Etats-Unis par de multiples recherches, se compose de trois mécanismes psychologiques distincts les uns des autres.

Les trois composantes de la motivation sont :

- **La valence V** : il s'agit de la valeur attribuée à la satisfaction d'un intérêt et dépend de l'échelle de la valeur propre à chaque personne : « *quel est, pour moi, le prix de ce que mon travail actuel peut m'apporter ?* »³⁸
- **L'instrumentalité I** : elle concerne la « *relation perçue entre la grandeur de la performance et un résultat attendu* » : « *vais-je obtenir de mon travail ce que j'en attends si je fais plus ou mieux ?* »³⁹
- **L'expectation E** : elle représente la confiance que l'individu se donne dans l'accomplissement d'une tâche de manière satisfaisante : « *Vais-je parvenir à faire plus, si je m'efforce davantage ?* »⁴⁰

Sa théorie se résume par le calcul suivant :

$$\text{Motivation} = \text{Valence} \times \text{Instrumentalité} \times \text{Expectation}$$

Si l'une des composantes est nulle, alors le produit le devient aussi.

Il convient de préciser que le processus de motivation est soumis aux divers facteurs de l'organisation de l'établissement de soins (plan de retour à l'équilibre financier, délocalisation et restructuration d'un établissement ou d'un service) et à des variables liées aux individus (valeurs, culture, éthique).

Victor VROOM précise que la connaissance par le manager de la valence lui permet alors d'utiliser celle-ci comme source de motivation.

³⁸ Motivation et efficacité au travail. Robert Franches p 32

³⁹ Motivation et efficacité au travail. Robert Franches p 32

⁴⁰ Motivation et efficacité au travail. Robert Franches p 31

De plus, pour satisfaire l'atteinte des objectifs fixés entre l'agent et le manager, ce dernier doit s'assurer que l'employé est doté des capacités nécessaires.

Il est important de préciser que la technique de motivation n'est pas figée car l'environnement est perpétuellement fluctuant.

3.3.1.5 Sources de motivation au travail

Les aspects qui motivent les individus touchent à leurs besoins :

- besoins matériels et physiques : rémunérations (paye satisfaisante, primes...), conditions de travail (planning, matériel, relations humaines...),
- besoins psychologiques : contenu du poste (formalisation des missions dans une fiche de poste), relations dans le travail et statut (rapports professionnels).

Intéressons nous maintenant aux concepts d'implication et de satisfaction qui nous le verrons, est inclus dans le processus défini ci-dessus.

3.3.2 L'implication et la satisfaction

Le dictionnaire Larousse définit l'implication comme le fait « *d'attribuer à quelqu'un une part de responsabilité* ».

Salvatore MAUGERI⁴¹, lui, définit l'implication au travail comme « *l'investissement physique et intellectuel total de l'agent durant la plus grande partie possible du temps de travail rémunéré dans l'exécution de sa fonction* »⁴²

⁴¹ Docteur en sociologie, maître de conférences à l'IUT de Chartres, il est membre du Laboratoire de recherche en management de l'université de Chartres.

⁴² Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p 19

La théorie managériale explique que « *pour parvenir à impliquer un individu dans la tâche qui lui est confiée, il convient de définir des mesures susceptibles de le motiver à le faire, de l'inciter à s'impliquer* »⁴³.

Ainsi, l'implication est un engagement.

Par conséquent, un agent motivé est un agent qui fait preuve d'implication et montre le meilleur de lui-même dans l'exercice de sa fonction.

L'accomplissement d'une tâche ou d'une fonction aboutit à la satisfaction qui se définit comme un « *sentiment de bien-être, de plaisir qui accompagne l'accomplissement de ce qu'on attend, ce qu'on désire, ce qu'on souhaite* »⁴⁴.

Salvatore MAUGERI, pense que « *la satisfaction est une réaction affective, émotionnelle, qui résulte de l'évaluation par l'individu de ses activités, de son travail et du constat que les résultats obtenus sont conformes à ses attentes, à ses aspirations, à ce qu'il attendait, comme à ses valeurs.* »⁴⁵.

Dans le management, les termes « motivation », « implication », « satisfaction », sont liés.

3.3.3 Les liens entre ces concepts

La satisfaction touche à la motivation car on ne peut être satisfait d'un résultat si on ne le désire pas, donc s'il ne nous motivait pas : « *On est motivé pour faire son travail et l'on est satisfait de son emploi* ».⁴⁶

Ainsi, « *la motivation est l'antécédent de la satisfaction* »⁴⁷.

Pour bien distinguer la notion de « motivation » et de « satisfaction », il faut prendre en compte le fait que la première concerne le travail, l'objectif fixé par le supérieur, tandis que la deuxième se réfère à la satisfaction ressentie d'occuper sa fonction.

⁴³ Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p19

⁴⁴ Dictionnaire Le Petit Robert

⁴⁵ Théorie de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p 13

⁴⁶ Motivation et efficacité au travail. Robert FRANCES p17

⁴⁷ Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p 13

« C'est pourquoi la motivation est mesurée par les psychologues par des indices déclaratifs et des indicateurs de performance ; alors que la satisfaction est mesurée par des indices déclaratifs et des indices de comportement. (Turn-over, absentéisme, alcoolisme, drogue...) »⁴⁸.

Parmi les outils d'évaluation des critères de réussite on trouve le questionnaire de satisfaction au travail (QST), l'inventaire de satisfaction appliqué aux cadres (ISAC) et l'entretien annuel d'évaluation.

Intéressons nous maintenant à la sociologie des organisations qui permet de comprendre et d'analyser la fonction d'encadrement. De part sa fonction managériale, le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins au sein de son service. Il se place à l'interface entre deux mondes : sa hiérarchie et son équipe.

3.4 Sociologie des organisations

Au cours du XX^{ème} siècle, différentes écoles ont laissé leur empreinte dans la pensée et la pratique des organisations. Les pratiques managériales se sont appuyées sur ces grands courants que sont « l'école classique » et « l'école des relations humaines ».

- * **L'école classique** (1890-1920) avec comme références Frederick WINSLOW TAYLOR⁴⁹, Henri FAYOL⁵⁰ ou encore Max WEBER⁵¹ est à l'origine de la théorie des organisations. Elle « pense » la vision globale du travail par les tâches, met en place des systèmes très stricts de contrôle, élabore des règles et implique les dirigeants dans le management. Max WEBER est le premier à s'intéresser aux valeurs morales et au respect des

⁴⁸ Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI p 15

⁴⁹ Ingénieur américain, promoteur le plus connu de l'organisation scientifique du travail. http://fr.wikipedia.org/wiki/Frederick_Winslow_Taylor

⁵⁰ Ingénieur français considéré comme l'un des pionniers de la gestion d'entreprise et l'un des précurseurs du management. http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Fayol

⁵¹ Économiste et sociologue allemand, fondateur de la sociologie moderne et l'un des premiers à avoir pensé la modernité d'un point de vue critique. [.http://fr.wikipedia.org/wiki/Max_Weber](http://fr.wikipedia.org/wiki/Max_Weber)

individus dans leur cadre professionnel. Il rationalise l'organisation et les logiques de fonctionnement.

* **L'école des relations humaines** (1930-1960) s'oriente quant à elle, vers l'aspect psychologique de l'individu au sein de l'organisation.

Les théories de « l'école classique » ne suffisent pas à rendre les agents heureux. De même que les conditions de travail, les salaires n'ont pas

l'impact suffisant pour les motiver et obtenir de leur part une implication optimale.

Elton MAYO⁵² étudie le comportement au travail et remarque qu'un employé qui a la sensation d'être observé va être amené à modifier son attitude (effet Hawthorne).

Dans un environnement social favorable, la notion d'appartenance à un groupe améliore la motivation au travail.

HERZBERG⁵³ prône l'enrichissement des tâches dans le but de favoriser l'intérêt des agents vis-à-vis de leur travail et de développer leur autonomie. Selon Salvatore MAUGERI⁵⁴, « *le principe contribution/rétribution constitue le fondement rationnel de la motivation* »⁵⁵.

Abraham MASLOW⁵⁶ en 1940 identifie le fait que les « *besoins humains forment une hiérarchie conduisant à un nouveau besoin et un nouveau comportement quand celui de rang inférieur est satisfait* »⁵⁷. Ceux-ci sont hiérarchisés avec à la base les besoins physiologiques élémentaires et au sommet les besoins psychologiques et affectifs et l'ensemble aboutit à la création de la motivation de l'individu.

⁵² Psychologue et sociologue australien à l'origine du mouvement des Relations Humaines. Il est considéré comme l'un des pères fondateurs de la sociologie du travail. http://fr.wikipedia.org/wiki/Elton_Mayo

⁵³ Psychologue américain célèbre pour ses travaux sur l'enrichissement des tâches au travail. http://fr.wikipedia.org/wiki/Frederick_Herzberg

⁵⁴ Psychothérapeute pour enfants, adolescents et adultes.

⁵⁵ Théories de la motivation au travail Salvatore MAUGERI, p 110

⁵⁶ Psychologue Américain considéré comme le père de l'approche humaniste, surtout connu pour son explication de la motivation par la hiérarchie des besoins, qui est souvent représentée par une pyramide des besoins. http://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow

⁵⁷ DUMONT Jean –Paul. Cours gestion des ressources humaines, master management et santé. Septembre 2014.p30.

Dans la théorie de Mac GREGOR⁵⁸ en 1960, l'organisation doit être adaptée de manière à ce que l'on puisse utiliser le potentiel humain de chacun dans l'accomplissement de ses fonctions.

Il est important de souligner le contexte socio-économique général qui diffère selon chaque paradigme. En effet, l'expansion économique du début du siècle et le

développement de l'industrialisation ont généré le taylorisme, qui a été suivi par l'école des relations humaines.

C'est à partir de cette période que la réflexion sur la motivation se développe et ouvre ainsi l'ère des théories sur ce thème.

Henry Mintzberg, principal représentant de la sociologie des organisations devient une figure référente. Dans son ouvrage « *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre* », il définit les dix rôles du cadre et les caractéristiques de son travail en soulignant qu'aucune définition précise de cette fonction n'existe et qu'elle n'est pas une science.

Les activités du cadre sont rangées en trois catégories, chacune ayant des rôles spécifiques. La première concerne *les rôles interpersonnels* (symbole, agent de liaison, leader), la seconde, *les rôles liés à l'information* (observateur actif, diffuseur, porte parole), puis la dernière, *les rôles décisionnels* (entrepreneur, régulateur, négociateur).

3.5 Le management

3.5.1 Définition

Selon le dictionnaire le Petit Robert, le management est « *l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* ».

⁵⁸ Professeur de psychologie industrielle et de management industriel au Massachusetts Institut of Technology

L'origine contemporaine de cette notion remonte au début du XXème siècle où des courants de pensées d'orientations différentes sont créés par Henry FAYOL ou Frederik TAYLOR.

TAYLOR définit le management comme « *la conduite scientifique des ateliers* », alors que FAYOL le décrit plutôt comme une fonction administrative par la prévention, l'organisation, le commandement, l'organisation et le contrôle.

3.5.2 Les rapports politiques

La fonction d'encadrement peut s'avérer être source de développement de zones d'incertitudes.

En effet, dans le management, l'idée de « pouvoir » est présente. Le pouvoir de A sur B se fonde sur les incertitudes du « sujet B » contrôlé par le « sujet A ». A contrario, l'incertitude de « B » génère du pouvoir sur « A ». On voit alors qu'il y a une réciprocité dans ces incertitudes.

Michel Crozier⁵⁹, Henry Mintzberg⁶⁰, Michael Porter sont des auteurs qui ont exploré le côté « stratégique » et « sociologique » des organisations et leurs études démontrent que ces thèmes sont dorénavant au cœur du management.

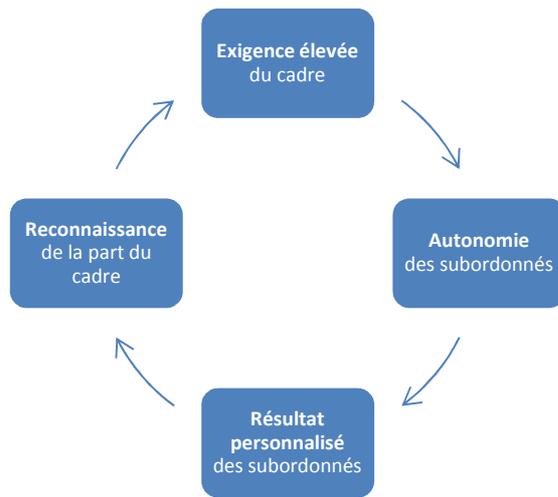
Agir sur cette théorie, consolider le cycle « exigence/résultats/reconnaissance » (schématisé ci-dessous), c'est-à-dire « je fais donc je suis » semble intéressant. Ce cycle d'engagement dans le travail fonctionne bien à condition que l'agent soit convaincu par la demande qui lui est faite.

Lorsqu'une construction est proposée à un individu, bien souvent il l'accepte et celle-ci perdure s'il y a reconnaissance.

Le cycle d'engagement :

⁵⁹ Sociologue Français

⁶⁰ Universitaire Canadien en sciences de gestion



3.5.3 L'institution et le corps social

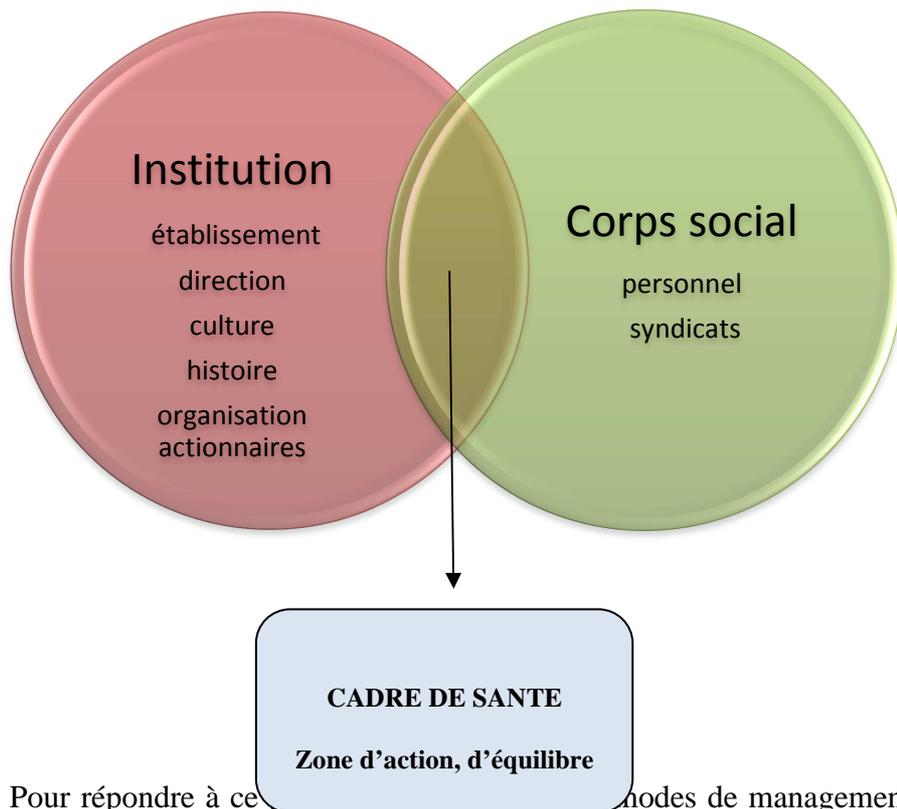
Le cadre de santé se positionne entre l'institution et le corps social.

En effet, cet espace qualifié « de danger » ou « d'inconfort » est caractérisé par le fait qu'il soit une zone d'action pour le manager. Celui-ci doit maintenir l'équilibre entre la hiérarchie et les « exécutants » et le challenge est pour lui de trouver sa place et de ne pas se positionner en faveur de l'une ou de l'autre des deux parties.

L'institution (l'entreprise, la direction, la culture, l'histoire, l'organisation, les actionnaires) fixe les règles, la politique de mise en œuvre, remplit sa mission fondamentale (lieu de défense de la vie), innove, se développe et enfin fait preuve de performance.

Le corps social (personnel et syndicats) assure sa mission de soins, développe des compétences, attend un épanouissement professionnel, une sécurité financière, une reconnaissance du travail exécuté, un équilibre professionnel/personnel et des échanges harmonieux.

Nous pouvons illustrer cette argumentation par le schéma suivant :



Pour répondre à ce cadre de santé, les modes de management se présentent au cadre de santé.

3.5.4 Les différents types de management

Pour répondre aux attentes des tutelles, des professionnels, des patients et de leurs proches, le « monde de l'encadrement » va alterner entre différents modes de management.

- Le **management participatif** qui facilite l'adaptation aux changements. Les acteurs s'impliquent davantage dans les projets. Cette méthode est vectrice du développement de la motivation des équipes.
Le cadre impulse du sens aux actions, majore le sentiment d'appartenance au groupe, au projet.
Il facilite les initiatives et est favorable à l'aboutissement de la satisfaction des agents dans leurs fonctions.
- Le **management coopératif** peut allier la collaboration interne et externe.
Il peut être une réponse au comportement individualiste de chacun.

Il permet souvent de transformer l'intérêt de l'institution en intérêt individuel et s'appuie sur une action d'entraide des collaborateurs. Il requiert une capacité et une volonté à travailler ensemble. Cette approche managériale est propice au développement d'une « culture » même si elle est dotée de repères et de pratiques professionnelles identiques.

- Le **management stratégique** permet, quant à lui, de valoriser les compétences et les initiatives au sein d'une équipe afin d'atteindre un objectif collectif.

Il nécessite une réflexion, une décision et une action. Il passe par une étude de faisabilité dans la mise en œuvre d'actions permettant l'atteinte des objectifs et laisse place à l'intuition.

- Le **management directif** est ferme et autoritaire.

L'approche directive distingue les donneurs d'ordre et les exécutants. Le manager directif donne des consignes, fixe des directives et suit la progression vers des objectifs précis. Il informe plus qu'il ne communique et prend les décisions seul.

Cette forme de management peut avoir un côté rassurant en terme de maîtrise de la situation, de connaissance, mais s'avère souvent être source de conflits entre le leadership et ses agents et est propice au développement des conduites de résistance au changement.

En effet, seul le résultat importe et les conditions dans lesquelles il sera atteint n'est pas la source de préoccupation du donneur d'ordres.

Il faut noter que le mode de management utilisé peut avoir une répercussion sur la représentation identitaire que l'on peut se faire du cadre de santé.

3.5.5 Représentation identitaire

Autrefois appelé « surveillant » ou « infirmier chef », le cadre de santé d'aujourd'hui voit ses missions s'étendre au-delà de la fonction de proximité des patients. Le contexte économique ainsi que les réformes hospitalières successives modifient l'organisation et les modes de management.

Le cadre appartient désormais à un pôle avec des objectifs communs. Il est en charge de la gestion des ressources humaines, financières et logistiques de son service. Sa fonction et ses activités évoluent dans le but d'amener les établissements de santé vers une démarche performante. L'aspect transversal de ses missions peut l'éloigner du « terrain » et de son équipe.

3.5.6 Le management de l'humain par le cadre de santé

L'hôpital contemporain en pleine transformation a besoin de toutes les énergies pour réussir.

Les multiples « contraintes » dues à la succession des réformes de ces dernières années obligent les établissements de santé et les services de soins à se réorganiser.

Le retour à l'équilibre des finances passe par l'efficacité et la performance. Les dirigeants (directeurs, gestionnaires, médecins, cadres de pôle et de santé de proximité) doivent regarder vers l'avenir et repenser le management de demain.

Le cadre de santé, entouré de nombreux collaborateurs, a toute sa place pour s'inscrire dans une démarche réflexive, stratégique, analytique pour répondre aux demandes nationales et institutionnelles.

Le management est flexible et tient compte de la dimension individuelle liée aux agents.

De part ses missions qui sont de « planifier, organiser, diriger, contrôler », le cadre de santé peut être qualifié de « chef d'orchestre » et de « leadership ».

Le leadership est « *la personne qui conduit et guide les autres en leur indiquant la direction à prendre, celle qui, dans un groupe, a le plus d'influence* ». « *La notion de leadership désigne les processus d'influence mutuelle et contribue à leur performance, motivation et satisfaction* ». « *Le leadership est aujourd'hui appréhendé comme une dynamique relationnelle susceptible d'être partagée au sein de l'équipe* ». ⁶¹

Le leadership se situe en première ligne et s'accompagne de « suiveurs ». Il ne s'impose pas au groupe.

Trois postures composent la légitimité du cadre de santé, à savoir :

- La légitimité « hiérarchique, institutionnelle ». Le cadre parle à la première personne du singulier. Le « je » pose le cadre et les règles, et veille à leur respect. Le cadre donne le chemin à suivre, se projette, apporte sa vision des choses. Il est garant de l'égalité. Il est l'exécutant des réformes auxquelles il

⁶¹ Management d'équipe. Florence ALLARD-POESI, p 58

doit faire adhérer son équipe. Il est le fédérateur de pouvoir. Il tient ses objectifs tout en faisant grandir ses collaborateurs.

Sa posture est haute et directive.

- La légitimité « d'animation ». Le cadre se positionne au cœur de l'équipe et parle « au nom » de « nous ». Il est celui qui donne envie de faire, qui réalise, accompagne et crée une relation durable. Il fait office de « coach ». Il implique la sphère émotionnelle, aide l'équipe à s'approprier le sens des consignes en expliquant les enjeux positifs.

Sa posture est dynamique et entraîante.

- La légitimité « technique ». Ici, le cadre agit « au nom » de « vous ». Il oriente et permet le questionnement. Il est celui qui aide sur « le comment », il fait se poser les bonnes questions, guide et facilite. Il autonomise et fait grandir les équipes. Il ne fait pas « à la place de ».

Sa posture est basse, fondée sur la bienveillance et l'écoute.

Le leadership adopte des postures managériales et possède des compétences d'encadrement.

Toutes ces caractéristiques sont mises en place dans une dimension de gratuité du fonctionnement du leadership.

Encadrer une équipe signifie diriger un groupe de personnes avec chacune ses exigences, ses valeurs propres, son vécu personnel et son caractère.

C'est par l'intermédiaire de l'équipe que la position de leadership se forme et qu'il est possible d'avancer vers un objectif commun.

Son pouvoir passe par sa capacité à rendre autonome les agents. L'autonomie, elle, s'effectue par le développement des compétences et un niveau de motivation des agents

élevé. Le leadership est alors capable de laisser sa place quand un agent se montre plus compétent que lui dans un domaine ou qu'il se situe en position d'expert.

Cet ensemble de caractéristiques est à prendre en compte et à fusionner avec les attentes hiérarchiques, afin de parvenir à un objectif commun qui est « le Patient ». Bien entendu, la qualité et la sécurité des soins sont des éléments obligatoires dans la prise en charge de celui-ci.

Le management humain n'est pas une chose aisée et se qualifie comme « situationnel », de par l'humain en lui-même, mais aussi de par les différents facteurs de contingence qui viennent se greffer et influencer sur les organisations (plan de retour à l'équilibre financier, restructuration, augmentation de l'absentéisme...)

Il se définit par « *l'ensemble des outils efficaces pour adapter le mode de management aux situations en utilisant l'autonomie des personnes et des équipes* ». ⁶²

Ainsi, le manager doit créer les conditions propices au développement de l'autonomie des agents, dans le cadre des projets de services. Le management situationnel regroupe le mode directif, persuasif, participatif et déléguatif.

Trois compétences sont notamment requises pour manager une équipe :

- s'exprimer et communiquer,
- être en capacité de résoudre des problèmes,
- savoir gérer son temps.

Une des missions du cadre de santé est de faire émerger un sentiment de satisfaction et de fierté de la part de son équipe à l'issue d'une situation difficile afin qu'elle se sente valorisée.

Dans une période de restriction budgétaire qui touche de nombreux établissements de santé, avec des effectifs qui diminuent ou stagnent alors que l'activité augmente, le personnel ressent une répercussion sur la qualité des soins dispensés aux patients.

⁶² Patrick FARNAULT. Attitudes managériales : la notion de leadership, du coaching à l'hôpital au management situationnel et durable. Cours du 24 mars 2015.

De plus, l'effet « restructuration, fusion des établissements de santé » multiplie les résistances aux changements.

C'est d'ailleurs le cas de la chirurgie ambulatoire, source d'économie pour le système de santé français, pour qui l'objectif quantitatif est chaque année en augmentation.

Mais faire davantage, avec moins de moyens, n'est pas sans conséquence pour le personnel soignant. La motivation est altérée et c'est ici que le cadre de santé trouve sa place au quotidien. Le maintien de la motivation individuelle, mais aussi collective, est pour lui un enjeu majeur afin de développer la performance.

Ainsi, « *les cadres de santé ont un rôle capital par leur fonction de management pour créer les conditions favorables à la performance collective.* »⁶³

Daniel GOLEMAN⁶⁴, Richard BOYATZIS⁶⁵ et Annie Mc KEEL⁶⁶, dans leur ouvrage intitulé « *L'intelligence émotionnelle au travail* », définissent le concept de leadership de résonance comme consistant à « *diriger et motiver par l'intelligence émotionnelle, en suscitant des émotions positives* »⁶⁷

Il en ressort que plus l'intelligence émotionnelle du cadre est élevée, plus les agents sont satisfaits, motivés et performants.

La motivation et la satisfaction au travail constituent une des données de base de la réussite pour les organisations et sont représentatives de la qualité de vie au travail des individus.

Ainsi, « *l'aspect humain est une clef de succès des organisations* »⁶⁸

L'intelligence émotionnelle peut être un des outils ressources utilisé par le cadre de santé, mais d'autres hypothèses viennent compléter cette recherche de maintien de la motivation des agents.

⁶³ Revue soins cadre n°92 p 41

⁶⁴ Psychologue Américain

⁶⁵ Professeur de l'entreprise familiale, professeur comportement organisationnel, professeur éminent de l'université Case Western Reserve

⁶⁶ Fondateur et Président de Teleos Leadership Institute, directeur de l'Université de Exécutif de doctorat programme, exécutif entraîneur, Annie McKee conseille les dirigeants du monde entier.

⁶⁷ Revue soins cadre n92 p 42

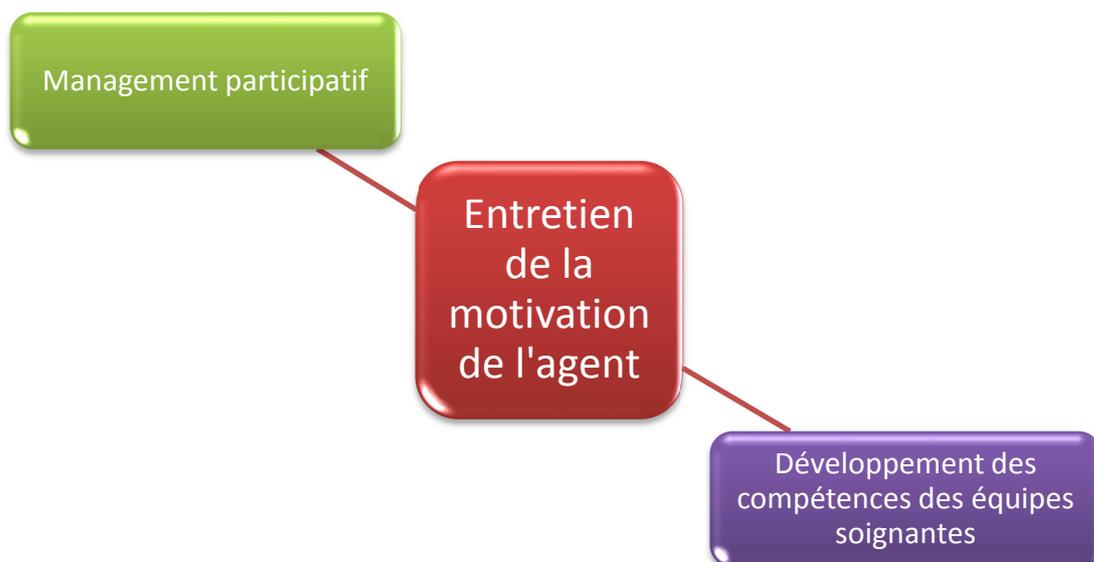
⁶⁸ Revue soins cadre n 92 p 44

Au regard des différentes notions que nous venons de parcourir, nous pouvons nous poser la question suivante :

Comment, dans un contexte général contraint, un cadre de santé responsable d'un service de chirurgie ambulatoire en essor peut maintenir la motivation de son équipe ?

Deux hypothèses se posent à nous :

- Le cadre de santé s'appuie sur un management participatif pour motiver son équipe.
- Le cadre de santé s'appuie sur le développement des compétences des équipes soignantes pour motiver son équipe.



4 Etude de terrain

La première partie de ce travail, issue de lectures, de réflexions, nous a permis d'approfondir nos connaissances sur les notions de chirurgie ambulatoire, de performance et d'efficience, de résistance au changement, de motivation, de sociologie des organisations et enfin de management.

Un questionnaire exploratoire⁶⁹, réalisé auprès de cadres de proximité, a permis de valider l'étude des concepts.

Nous sommes partis d'une situation vécue au sein du service de chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier Sud Francilien. Le contexte général « contraignant » de cet établissement nécessite alors le développement de l'activité chirurgicale ambulatoire et, par conséquent, une réorganisation en interne.

Ce projet, innovant en 2007, se heurte à des conduites de résistance au changement et à une altération de la motivation du personnel soignant pour lesquelles le cadre de santé, accompagné de sa hiérarchie, va devoir faire face.

La seconde partie est consacrée à l'enquête réalisée auprès des professionnels de santé sur le terrain, laquelle, complétée par une analyse, viendra confirmer ou infirmer les hypothèses émises précédemment.

4.1 Choix de la méthode de recueil d'informations

Deux modes de recueil d'informations vont nous permettre d'établir notre analyse.

➤ *Les entretiens semi directifs* à questions ouvertes laissent la possibilité à l'interviewé de s'exprimer librement. Ils ont été réalisés auprès de personnes en position d'encadrement, vecteur du changement.

⁶⁹ Annexe 8

➤ *Les questionnaires* ont été menés auprès des professionnels de proximité (infirmières, aides-soignantes, secrétaires), acteurs du changement.

L'étude de terrain se construit autour d'un panel diversifié de professionnels de santé : d'un côté les « encadrants » et de l'autre les « encadrés » pour lesquels il semble intéressant d'identifier leurs attentes et leurs ressentis.

4.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens que j'ai obtenus avec les professionnels concernés ont reçu un accord institutionnel au préalable.

La présentation de la grille d'entretien a été soumise en amont à la Direction des Soins Infirmiers pour validation.

L'étude s'est déroulée sur le lieu de travail des personnes rencontrées durant une semaine.

Le temps imparti, ainsi que les objectifs des entretiens, ont été précisés lors du contact téléphonique, ainsi que le respect de l'anonymat et de la confidentialité des éléments fournis.

Ces entrevues ont duré environ une heure, dans des conditions cordiales.

Avec l'accord de la personne interviewée, les données recueillies ont été enregistrées pour être par la suite retranscrites et analysées.

4.3 Le guide d'entretien

Pour rédiger nos grilles d'entretiens⁷⁰, nous avons sélectionné des thèmes issus des concepts traités en première partie de ce document de travail. Ceux-ci permettront de confirmer ou d'infirmer les deux hypothèses émises.

Bien que ces discussions portent sur une stratégie d'écoute, des questions de relances ont été préparées.

⁷⁰ Annexe 9

4.4 Le questionnaire

Distribué auprès des professionnels de proximité (infirmiers/ères, aides-soignants/es et secrétaires médicales) ce questionnaire⁷¹ a pour objectif de connaître le ressenti de nos interlocuteurs face à la situation qui nous interpelle. Son élaboration a été faite autour du cadre conceptuel de notre travail.

Son analyse, anonyme elle aussi, se fera à partir d'une étude statistique qui viendra valider ou non les hypothèses de départ.

4.5 Le choix des catégories professionnelles et lieux enquêtés

Six entretiens sur site ont été réalisés auprès de cadres de santé au sein d'établissements publics ou privés auxquels.

Au préalable, dix sept questionnaires ont été distribués à l'ensemble des établissements où les enquêtes se sont déroulées.

	Présentation du secteur de CA	Personne enquêtée
Etablissement 1	Etablissement privé 36 places Taux de rotation patient de 1.7 Environ 300 patients par semaine Bloc ambulatoire inclus dans le bloc conventionnel	Faisant fonction cadre de santé 4 années d'ancienneté dans la fonction 4 années d'ancienneté dans le secteur ambulatoire

⁷¹ Annexe 10

<p>Etablissement 2</p>	<p>Etablissement public 8 lits Taux de rotation patient de 0.70 à 1.3 Environ 60 patients par semaine Ambulatoire inclus dans le programme du bloc conventionnel</p>	<p>Cadre de santé 8 années d'ancienneté dans la fonction 7 mois d'ancienneté dans le secteur ambulatoire</p>
<p>Etablissement 4</p>	<p>IFSI</p>	<p>Cadre de santé formatrice ayant eu une expérience de 7 années en chirurgie ambulatoire</p>
<p>Etablissement 5</p>	<p>Etablissement privé 49 places Environ 550 patients par semaine Taux de rotation patient de 2 à 3 Bloc ambulatoire dédié</p>	<p>Cadre de santé 5 années d'ancienneté dans la fonction 5 années d'ancienneté dans le secteur ambulatoire</p>
<p>Etablissement 6</p>	<p>Etablissement public 12 places Taux de rotation de 2 à 3 Environ 125 patients par semaine Bloc ambulatoire dédié</p>	<p>Cadre de santé 3 années d'ancienneté dans la fonction 7 mois d'ancienneté dans le secteur ambulatoire</p>

4.6 Les limites de l'enquête

Le temps imparti pour la rédaction de ce mémoire limite quantitativement les possibilités de recherche, tant en matière de documentation, que d'enquêtes sur le terrain.

4.7 Les points forts de l'enquête

Les diverses démarches entreprises ont permis de mettre en évidence la diversité des pratiques professionnelles au sein des différents établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, des écarts d'activité, entre les unités de chirurgie ambulatoire en fonction des établissements et de leur caractère public ou privé, sont constatés.

5 Présentation des résultats et de l'analyse de l'enquête

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats des entretiens, puis, dans un second temps, ceux des questionnaires. Enfin, l'analyse globale synthétisera l'ensemble des résultats et donnera le bilan de notre recherche.

5.1 Résultats des entretiens

Les six entretiens effectués ont donné lieu à des réponses majoritairement semblables.

Les résultats sont présentés pour chaque question.

Seul un entretien a été retranscrit.⁷²

Question 1 : Quelles sont les stratégies développées au sein de votre établissement pour promouvoir la chirurgie ambulatoire ?

Pour chacun des entretiens, il s'agit de répondre à un **objectif institutionnel** de l'établissement, soit par l'ouverture de l'unité qui était inexistante, soit par l'augmentation de la capacité d'accueil des patients.

⁷² Annexe 11

L'intervention de l'ARS a été sollicitée dans un cas afin d'obtenir une aide organisationnelle et éventuellement financière.

La **réponse aux attentes nationales et régionales**, de part les tutelles, est évidemment une des stratégies pour l'essor de cette pratique.

Le « **patient traceur** » est en cours d'application sur plusieurs établissements et répond aux demandes de la certification pour la V 2014.

La **mise en place du dossier de soins informatisé** vient accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire et se révèle être vecteur de gain de temps en terme d'organisation des équipes soignantes. Un des établissements interviewé a même doté chaque agent d'une tablette numérique afin d'améliorer et d'optimiser la qualité de prise en charge paramédicale.

L'essor de cette unité répond aux **contraintes budgétaires** des établissements, notamment pour ceux qui présentent un déficit économique. La pratique ambulatoire est génératrice d'économies dans la mesure où le patient ne reste pas hospitalisé la nuit.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire répond à de **nouvelles méthodes de prise en charge médicale** qui évoluent avec l'avancée des technologies opératoires. Désormais, des pratiques telles que la coelioscopie, la hernie discale ou la pose de prothèses orthopédiques se font.

En matière d'anesthésie, on commence à pratiquer l'hypnose en pré-opératoire et les anesthésies de type local, rachis et bloc se multiplient.

L'absorption de nouvelles pathologies et techniques de soins s'accompagne de la formation du personnel soignant.

La **collaboration médicale** est incontournable et l'implication du médecin coordonnateur du service est très importante. « *C'est le médecin référent de l'UCA qui vient au staff et celui par qui passent toutes les grandes décisions* »⁷³. Il impulse le dynamisme de cette activité qu'il partage lors des staffs ou des réunions de service. Dans certains établissements, il est entouré de confrères chirurgiens également très investis dans le développement de la chirurgie ambulatoire. La culture médicale ambulatoire se

⁷³ Entretien au KREMLIN BICETRE

développe progressivement dans le secteur public, alors que celle-ci est déjà plus présente dans le secteur privé.

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'accompagne souvent d'une **réorganisation architecturale** car les locaux sont insuffisants, trop petits ou inadaptés. Il s'agit donc **d'adapter la demande aux organisations** en « *envisageant l'allongement des horaires d'ouverture ou alors d'ouvrir une quatrième salle de bloc opératoire* ». ⁷⁴

Par ailleurs, **l'organisation médicale** est également propice à ce développement. Sortir les « actes frontières » de l'UCA, inclure les urgences dès lors qu'elles ne perturbent pas le programme opératoire, ou encore fusionner les activités médicales avec un établissement voisin, dans le but d'optimiser le bloc opératoire d'un des deux établissements, sont des axes stratégiques d'amélioration organisationnelle. Dans le dernier cas, il s'agit d'une sorte de coopération, de mutualisation des activités médicales.

Enfin, et plus particulièrement pour le secteur privé, l'implication professionnelle de l'équipe est reconnue **financièrement**.

Question 2 : Quelles sont les difficultés rencontrées au sein de votre équipe face à l'augmentation d'activité dans le service ?

Pour la majorité des établissements, les difficultés sont **d'ordre comportemental**.

En effet, le changement occasionné par le développement de la chirurgie ambulatoire se manifeste de plusieurs façons hiérarchisées ci-dessous :

- **L'angoisse** : elle est d'abord ressentie par le personnel en poste depuis de nombreuses années. De part la moyenne d'âge qui est de 45 ans, certains agents n'ont plus les conditions physiques pour exercer au sein de cette unité. Les équipes se sont organisées « *un confort de travail et ne souhaitent pas le modifier* » ⁷⁵. Elles

⁷⁴ Entretien au KREMLIN BICETRE

⁷⁵ Entretien à LONGJUMEAU

sont inquiètes à l'idée de changer leur « *cadence modérée* »⁷⁶ jusqu'à ce jour, de pouvoir faire face à un « *nouveau profil de patient* »⁷⁷ et à de « *nouvelles activités médicales* ». ⁷⁸

- **La peur** : les équipes craignent une répercussion organisationnelle consécutive à l'augmentation d'activité, « *où placer les patients ne pouvant sortir de l'établissement le soir même ? Qui va devoir gérer la charge de travail supplémentaire engendrée par la gestion des lits ?* »⁷⁹.

Elles sont également inquiètes que le changement se fasse trop rapidement et qu'elles n'aient pas le temps de s'organiser dans leur vie personnelle.

Elles ont peur d'être mises de côté dans le processus de réorganisation et de décisions.

- **Le questionnement** : la peur et l'angoisse laissent ainsi place à de nombreuses questions, majorées par la « phase projet » qui est davantage propice aux interrogations car toutes les décisions ne sont pas actées.
- **Les réticences** : la majorité des agents ont la sensation de faire déjà le maximum. Ils se plaignent de la surcharge de travail déjà omniprésente et redoutent une répercussion sur la qualité des soins prodigués aux patients. Ils définissent leur activité comme un travail « *d'usine* »⁸⁰ ne permettant pas de prendre en charge le patient dans sa globalité lors de son hospitalisation en chirurgie ambulatoire. Un cadre de santé précise que pour son équipe « *l'intensité des gestes se fait au détriment du nettoyage entre deux salles* », « *on ne leur laisse pas le temps de faire les choses dans le temps nécessaire, un peu toujours tout en accéléré* », « *on a l'impression que c'est bâclé* ». ⁸¹

⁷⁶ Entretien à LONGJUMEAU

⁷⁷ Entretien à LONGJUMEAU

⁷⁸ Entretien à LONGJUMEAU

⁷⁹ Entretien clinique du MOUSSEAU

⁸⁰ Entretien au KREMLIN BICETRE

⁸¹ Entretien au KREMLIN BICETRE

- **Les résistances au changement** : les équipes, présentes depuis de nombreuses années, n'ont pas envie de changer leurs habitudes de travail. Elles comparent avec « avant » :

- où l'on avait le temps d'échanger avec les patients,
- où l'on pouvait consacrer plus de temps au relationnel,
- où l'on ne précipitait pas le patient pour qu'il se lève de son lit,
- où le temps de présence en hospitalisation n'était pas réduit et ne conditionnait pas une nouvelle entrée.

« *On les mets dehors avec trois photocopiés dans les mains* »⁸².

Autant de changements qui de nos jours concourent à l'optimisation d'un service de chirurgie ambulatoire. Il faut sans cesse « *faire plus vite* » et avoir « *plus d'activité* »⁸³.

Le personnel a l'impression de ne plus travailler avec les valeurs qui lui tiennent à cœur.

- **Le refus** : il est peu fréquent puisque seuls deux cadres sur les six interrogés ont été confrontés à cette réaction.

Certains agents refusent de faire l'appel du patient à J+1, faute de temps, et pour d'autres ils n'en voient pas l'intérêt.

En plus de toutes les difficultés comportementales existent celles d'ordre organisationnelles.

En effet, l'augmentation de l'activité et l'organisation du service telle que la signature tardive de l'anesthésiste retardant elle-même la sortie du patient engendrent une contrainte horaire qui implique que les agents ne peuvent pas toujours partir à l'heure.

Sur l'ensemble des six entretiens, quatre cadres ont dû faire face à cette série de réactions.

⁸² Entretien au KREMLIN BICETRE

⁸³ Entretien au KREMLIN BICETRE

Il faut noter, toutefois, qu'une équipe a très bien perçu la nécessité d'augmenter son activité et a avoué qu'elle « *n'était pas au maximum de ce qu'elle pouvait faire* »⁸⁴.

Elle a compris les objectifs de la chirurgie ambulatoire (institutionnel, financier, médical), les avantages pour le patient et a adhéré au projet d'augmentation d'activité.

C'est une équipe volontaire, autonome et polyvalente qui apprécie de venir travailler dans son service. « *Même les plus anciennes savent qu'on ne pourra pas retourner en arrière* ». ⁸⁵

Question 3 : Quel accompagnement a été mis en place pour aider les équipes dans cette réorganisation ?

Les réponses à cette question permettent de répertorier trois types de management de proximité :

- Le management **participatif** est employé lorsqu'il faut faire changer quantitativement et qualitativement des habitudes anciennes. Les divers entretiens ont permis de constater qu'il a été utilisé à l'unanimité.

Il se manifeste de plusieurs façons : les agents sont force de proposition lorsqu'il faut se réorganiser (changements d'horaires, nouveaux locaux, nouveaux matériels, nouvelles procédures, nouvelles équipes, nouvelles prises en charge médicales...). Leur avis importe et est décisif dans le choix définitif. Il est considéré que les acteurs sur le terrain sont les plus à même pour évaluer leurs besoins.

Ils sont impliqués dans les décisions lors de groupes de travail ou de paroles qui donnent l'occasion de recueillir les craintes, questions et remarques.

⁸⁴ Entretien au KREMLIN BICETRE

⁸⁵ Entretien au KREMLIN BICETRE

Un des établissements fait collaborer son équipe en la faisant participer à l'élaboration du nouveau livret d'accueil du service ambulatoire. Ce document inclut les nouvelles spécialités et la future organisation en vue de l'augmentation de l'activité de cette unité de soins.

Enfin, la présence physique du cadre de santé sur le terrain semble être bénéfique et très appréciée. C'est un soutien et une preuve d'accompagnement en cas de situation difficile pour l'équipe, « *je n'hésite pas à aller avec eux s'ils ont besoin, je brancarde s'il le faut, je leur montre qu'il est possible de réaliser l'activité qu'on leur demande en étant auprès d'eux, en travaillant avec eux* »⁸⁶.

- En premier lieu, rien ne semble imposé, mais parfois le management **directif** s'applique lorsqu'il s'agit de faire des choix qui, autrement, laisseraient place à une désorganisation du service ou à une inégalité humaine (type planning).
- Le management **coopératif** est lui aussi très apprécié, mais sa mise en œuvre peut être complexe dès lors qu'il n'y a pas de médecin coordonnateur responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire car, sa place auprès du cadre de santé, de ses confrères chirurgiens et des équipes paramédicales est primordiale. Il synchronise le travail de tout le monde par l'intermédiaire de réunions formelles et/ou informelles.

Des cours sur les nouvelles activités, les nouveaux modes de prise en charge sont planifiés par le cadre de santé et le médecin coordonnateur. Ces formations peuvent s'effectuer tant en interne qu'en externe (accompagnement de la MEAH).

Le management coopératif présente l'avantage d'harmoniser les pratiques professionnelles et favorise la collaboration entre les différents acteurs intervenants dans la prise en soins du patient en ambulatoire.

⁸⁶ Entretien hôpital privé d'Arpajon

La **communication** vient en complément des différents types de management.

Plusieurs méthodes de communication sont utilisées :

- La communication orale qui se fait de manière formelle ou informelle, selon l'importance de l'équipe et le degré de l'information à faire passer.

Pour se faire, les réunions de service sont l'occasion de présenter aux équipes les résultats de l'activité en précisant les objectifs quantitatifs et qualitatifs, et si besoin, les réajustements envisageables.

- Certains établissements affichent les résultats mensuels de l'activité sur un tableau en salle d'attente « des patients » ou en salle de détente du personnel, ce qui peut être une manière de valoriser le travail des agents selon les résultats atteints.
- Pour les établissements les plus « investis et avancés technologiquement » dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, l'utilisation de tablettes numériques est un mode de communication qui permet à chaque agent acteur de la prise en charge en ambulatoire (infirmière, aide-soignante, agent de service hospitalier) d'être tenu informé de toute décision relevant du service (entrée en urgence d'un patient, proposition, élaboration, validation d'un nouveau protocole...).
- Le recours aux SMS est également utilisé entre le cadre de santé et les agents lorsqu'ils sont de repos, notamment dans le cas d'un problème organisationnel, d'un changement de faction ou d'horaire de travail.
- Le tableau de transmission demeure un moyen de communication.
- Les notes de service permettent, quant à elles, une traçabilité officielle d'une décision.

Sur les quatre entrevues de travail accordées, il a été constaté que les cadres ont un comportement « transparent » dans leur mode de communication auprès des équipes soignantes.

Question 4 : Sur quelles stratégies vous êtes-vous appuyés pour motiver votre équipe à accepter ces changements ?

A l'unanimité, le management **participatif** et la **communication** sont mentionnés.

Ils ont été détaillés en question 3.

L'implication des acteurs aux différents stades de réalisation du projet d'accroissement de l'activité et de la prise en charge du patient est incontournable. Les agents interviennent dans la réflexion commune portant sur la réorganisation du « circuit patient ».

De plus, une cadre indique l'importance **d'être présents sur le terrain** auprès des équipes afin de les accompagner et de les soutenir. Elle n'hésite pas à participer lorsque les équipes sont en difficulté. Une cadre précise qu'elle est capable de démontrer à son équipe qu'il est possible de faire face à une activité croissante et pour se faire durant une journée elle a occupé des fonctions d'infirmière. Ce même cadre reste également joignable par téléphone en dehors de son temps de travail.

Majoritairement, selon les personnes interviewées, c'est du « *donnant/donnant* ». Le cadre donne le maximum à son personnel et en attend autant de lui en retour.

L'avis de l'équipe est pris en compte car « *ce sont eux qui ont la connaissance du terrain* ». ⁸⁷

Ce point est important pour les agents qui se sentent considérés et reconnus dans leurs attentes professionnelles.

Par ailleurs, le développement de l'**autonomie** du personnel est un élément stratégique sur lequel tous les cadres de santé s'appuient. Ainsi, chaque agent sait ce qu'il doit faire et lorsque le cadre est absent, le service continue à bien fonctionner et tous les moyens sont mis à disposition pour pallier à cette absence.

Responsabiliser l'agent en lui confiant des missions individuelles lui permet de développer ses compétences et de se sentir valorisé dans sa fonction.

⁸⁷ Entretien au KREMLIN BICETRE

Le cadre repère les compétences individuelles et confère une responsabilité qui est propre à chacun telle référent en hygiène, en douleur, responsable du matériel... .

Il met alors en place un plan de formation interne ou externe. Celui-ci peut-être évalué lors de l'entretien annuel d'évaluation ou en dehors, en concertation avec l'agent, en fonction de sa demande et de ses besoins. Cette phase fait partie du développement professionnel continu et obligatoire des agents durant leur carrière.

Toutefois, cette mesure semble difficile à appliquer du fait que les personnels en poste depuis de nombreuses années n'ont pas envie de modifier leur rythme de travail et de s'investir davantage dans leurs fonctions.

La **délégation** de certaines tâches par le cadre de santé peut aussi favoriser la motivation dans le travail des équipes. Cette initiative porte l'accent sur la confiance qu'il accorde aux agents, à charge pour lui d'assurer le contrôle en aval du travail effectué.

L'exemple est donné pour l'élaboration, la rédaction et la validation des protocoles concernant les pathologies nouvellement absorbées.

L'évaluation des pratiques professionnelles lors de réunions de travail est obligatoire dans le domaine de la santé et est propice à l'implication des agents. Chacun analyse ses méthodes de travail et est capable de les réajuster.

Au cours des divers entretiens, cinq cadres sur six parlent de « **transparence** ». Il s'agit là d'adopter un comportement franc envers l'équipe. Les agents n'ont pas le sentiment d'être manipulés par leur hiérarchie qui ne leur cache rien sur l'augmentation de l'activité et les éventuelles réorganisations nécessaires. « *C'est pour leur montrer qu'il n'y a pas de choses faites dans leur dos* »⁸⁸.

Le maintien de la motivation des effectifs passe aussi par le **respect de leur qualité de vie au travail**. Cet aspect, peu évoqué dans les résultats de notre enquête, est tout de même un point auquel les agents aspirent. Elle passe par la possibilité de pouvoir effectuer les pauses règlementaires. Aucun « *flicage* » n'est visé.

Pour finir, la **reconnaissance du travail** est une thématique abordée par tous les interviewés. Elle se manifeste oralement par un simple « *merci* », « *bravo* » de la part du manager de proximité, mais aussi par celle des médecins qui « *disent souvent que*

⁸⁸ Entretien au KREMLIN BICETRE

*vraiment, il y a toujours un bon écho de l'UCA et que les patients le disent aussi quand ils les revoient en consultation. Il y a ceux qui leur disent directement en salle, qui disent le matin, je suis content de venir à l'UCA ».*⁸⁹

L'analyse et la présentation des résultats des questionnaires de satisfaction des patients sont des éléments propices au maintien de la motivation des équipes. Cela conforte les agents dans le maintien du respect des valeurs professionnelles qui leurs sont chères. La satisfaction du patient importe énormément pour les équipes.

Enfin, et uniquement pour le secteur privé, une compensation financière (prime sur participation) est allouée au personnel et c'est d'ailleurs dans ces établissements que les conduites de résistance au changement sont les plus minimales et que le maintien de la motivation des équipes est le plus facile.

5.2 Résultats des questionnaires

Sur les dix sept questionnaires distribués, treize ont pu être exploités.

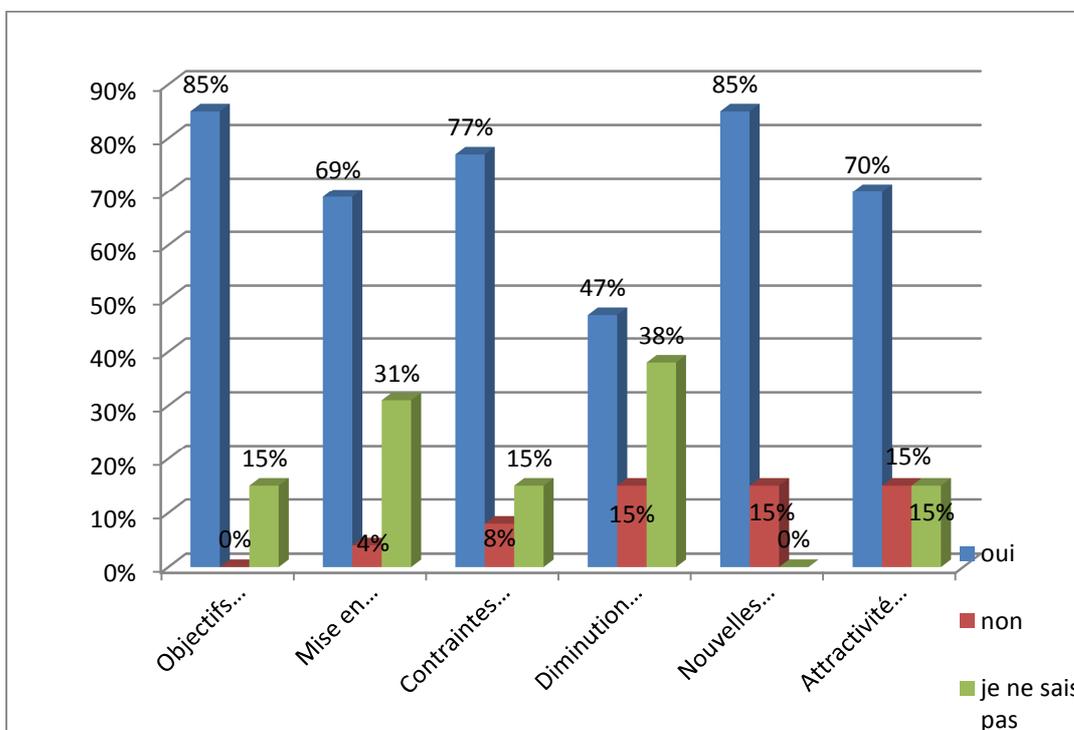
Les résultats obtenus pour chaque question sont d'abord représentés sous forme d'histogrammes afin d'en faciliter leur lecture et ensuite argumentés.

Les catégories professionnelles interrogées sont des infirmiers/es, aides-soignants/es et secrétaire médicale âgées de 27 à 56 ans dont la moitié occupe un poste dans un service de chirurgie ambulatoire depuis plus de dix ans.

⁸⁹Entretien au KREMLIN BICETRE

Question 1 : Dans votre établissement, l'augmentation d'activité doit répondre à :

Echantillon de 13 personnes



Pour la majorité des personnes interrogées, l'augmentation de l'activité va dans le sens des objectifs institutionnels et de la nécessité de mettre en place de nouvelles modalités de prise en charge pour le patient.

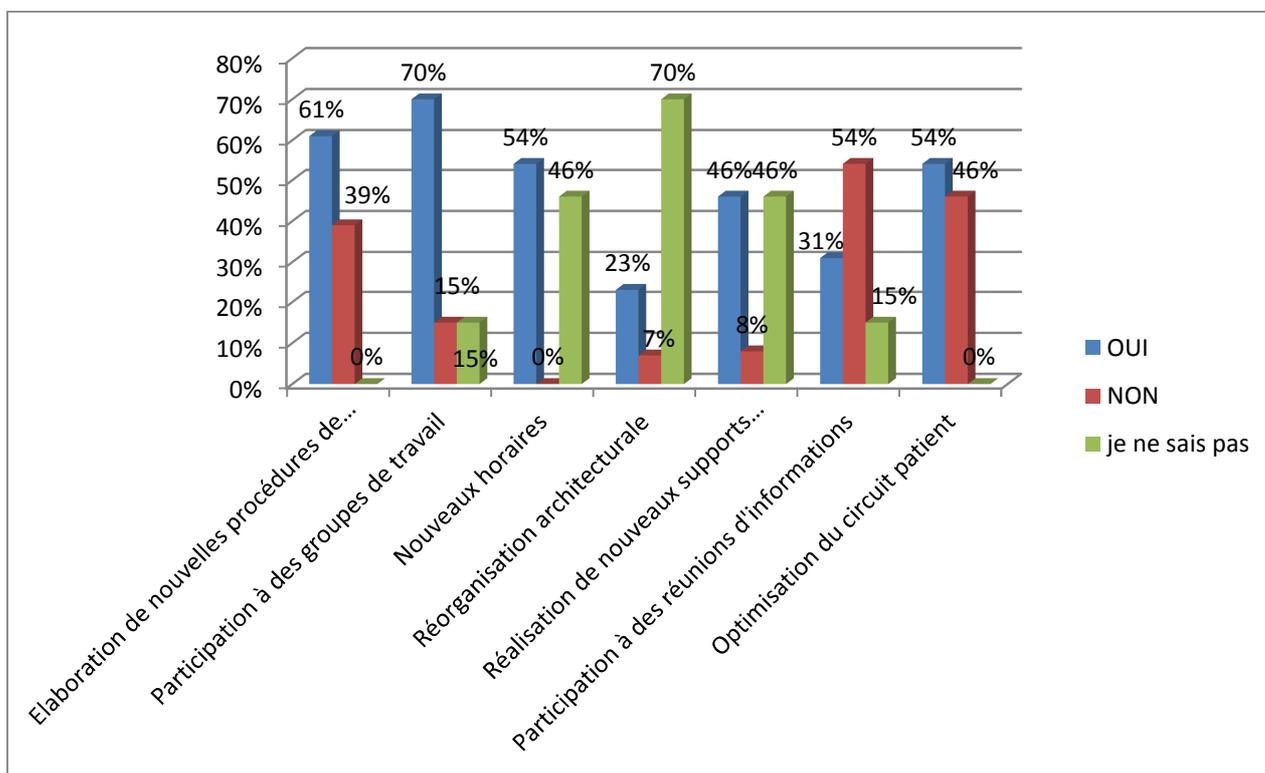
Le développement de cette pratique permet de faire face aux contraintes budgétaires des établissements de santé.

L'essor de la chirurgie ambulatoire représente une plus-value pour les établissements où elle est exercée.

Il s'agit également de recourir à de nouvelles pratiques médicales et de diminuer la pratique de l'ambulatoire dit « forain » sur les services conventionnels.

Question 2 : Comment participez-vous à l'augmentation de l'activité de votre secteur?

Echantillon de 13 personnes

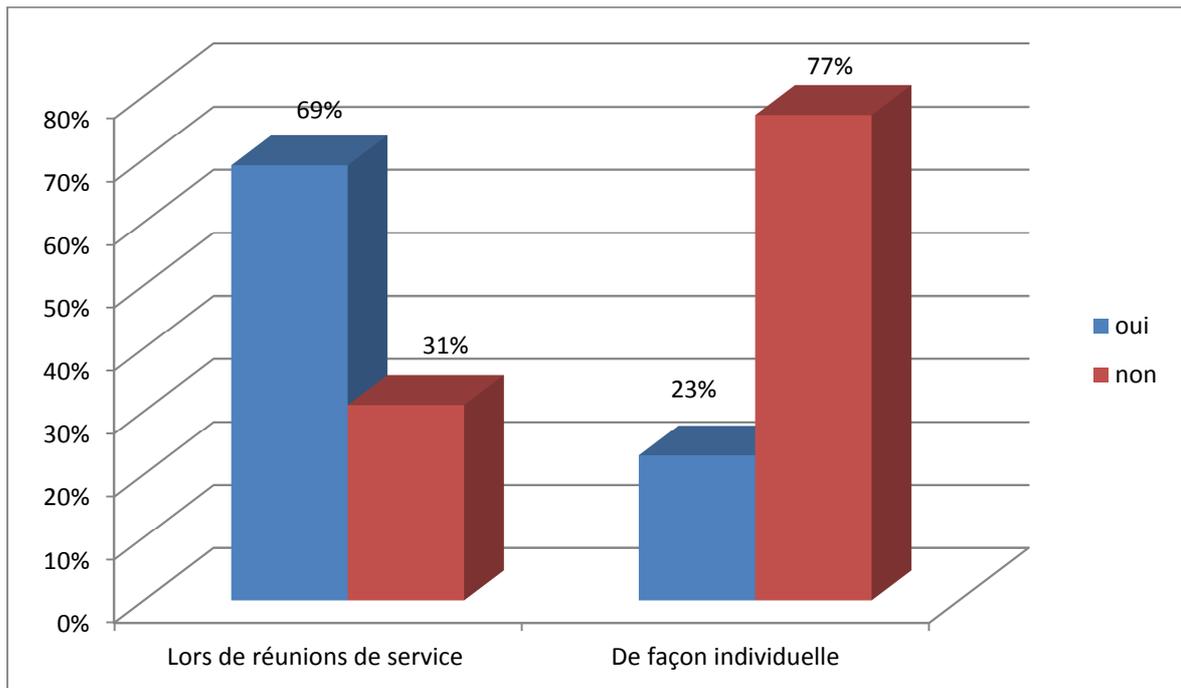


L'augmentation de l'activité ambulatoire passe par :

- la participation à des groupes de travail qui portent pour 70 % sur les nouveaux horaires, 46 % sur la réalisation de nouveaux supports administratifs et 23 % sur la réorganisation architecturale du service.
- l'élaboration de nouvelles procédures de prise en charge du patient à hauteur de 61%.
- l'optimisation du circuit du patient à hauteur de 54 %.
- la participation à des réunions d'informations pour 31 %.

Question 3 : Comment avez-vous été informé (e) des réorganisations mises en place dues à l'augmentation de l'activité ?

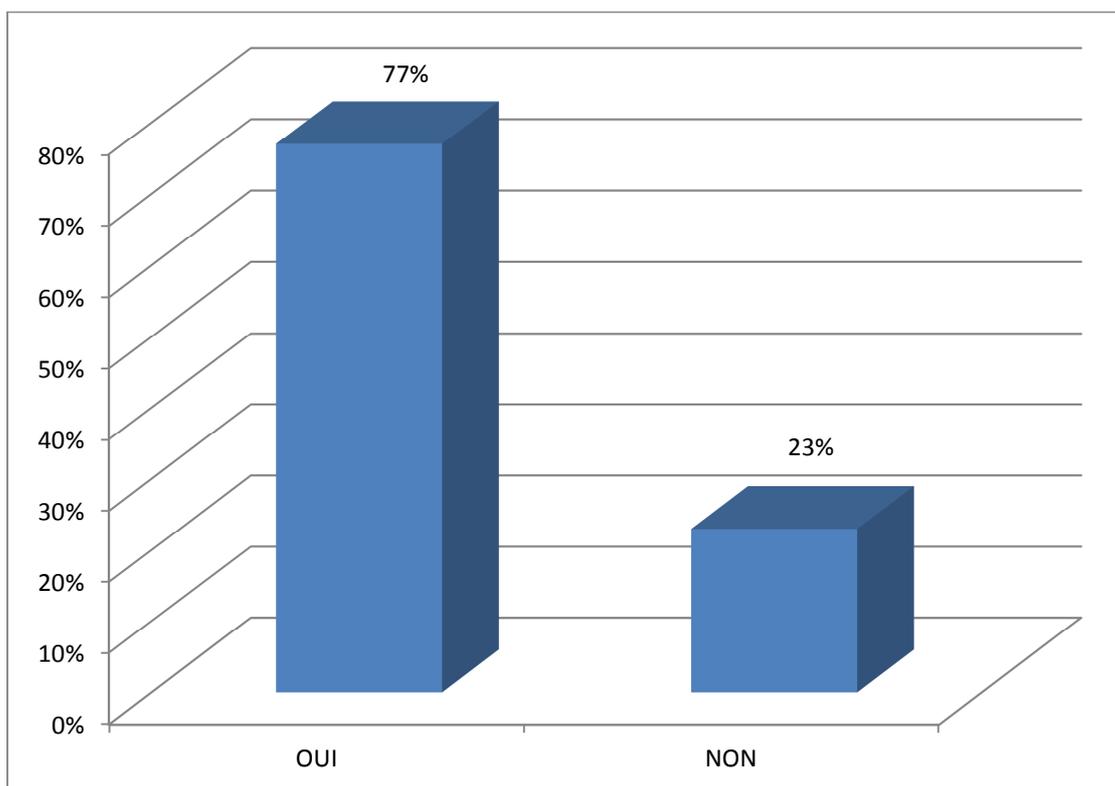
Echantillon de 13 personnes



Pour 69 % des personnes qui ont répondu aux questionnaires, l'information sur les réorganisations engendrées par l'augmentation de l'activité est transmise lors de réunions de service de façon collective.

Question 4 : Vous êtes-vous senti (e) accompagné (e) dans ces changements ?

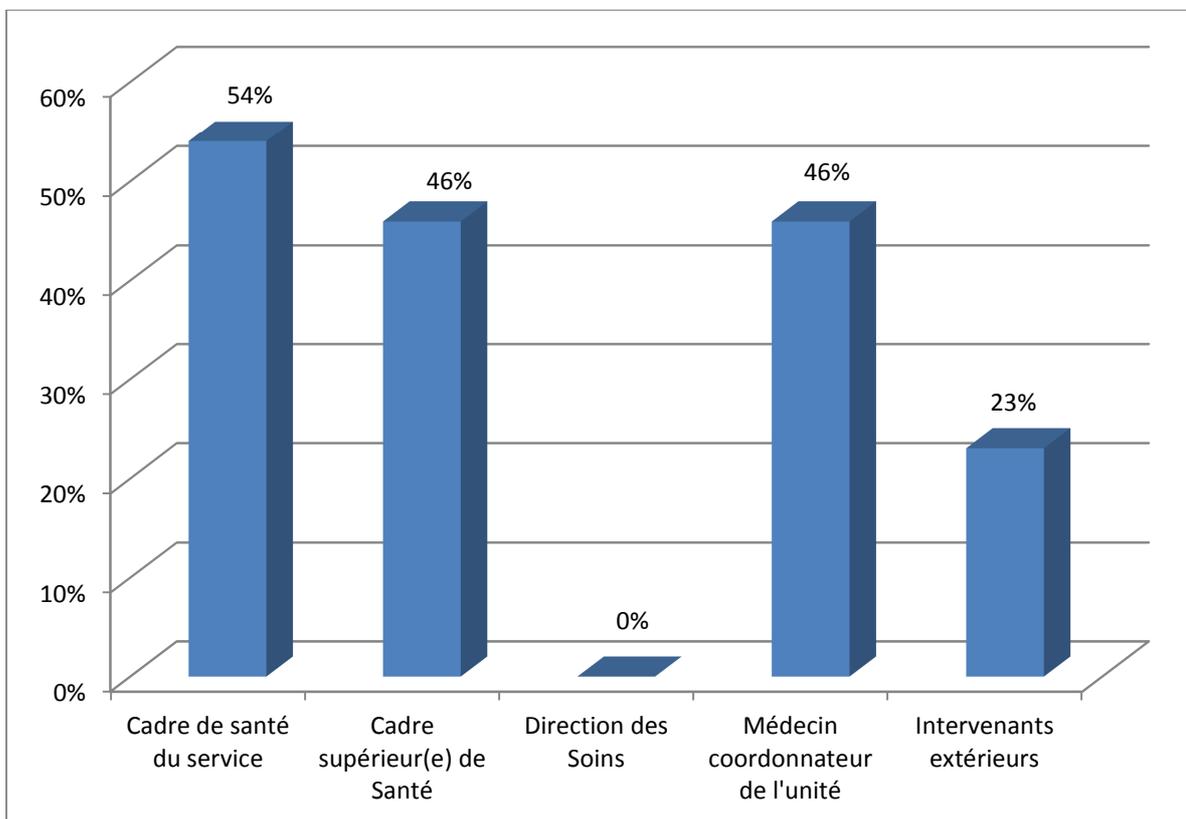
Echantillon de 13 personnes



On note une réponse positive de la part de 77 % des agents.

Si oui , par qui ?

Echantillon de 13 personnes

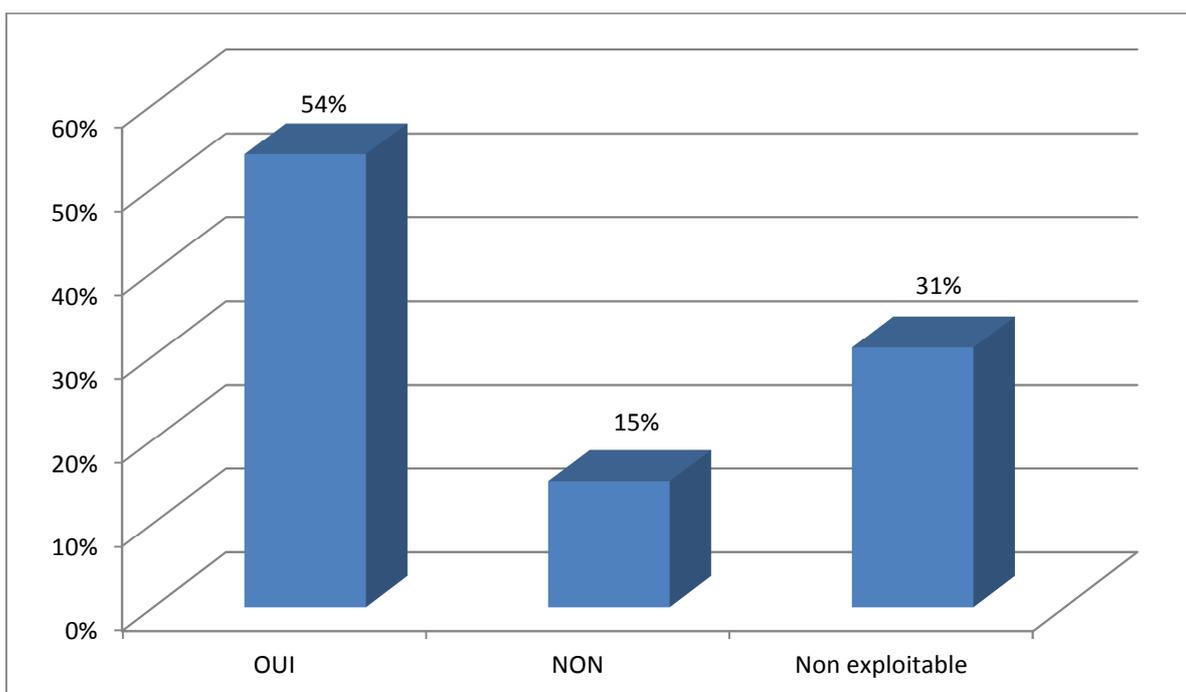


Dans 54 % des réponses, c'est le cadre de santé du service qui a assuré cet accompagnement, pour les 46 % restants, ce rôle a été tenu par le cadre supérieur de santé ou le médecin coordonnateur de l'unité.

Quelques intervenants extérieurs y ont également participé.

Question 5 : Avez-vous été motivé (e) par ces réorganisations ?

Echantillon de 13 personnes



54 % des personnes ont été motivées par ces réorganisations.

La motivation des équipes repose sur le fait qu'elles souhaitent faire évoluer leurs méthodes de travail et quitter leur « routine » professionnelle en accédant à de nouvelles activités. Pour ce faire, elles participent à la mise en place de nouvelles organisations et sont favorables au dynamisme du service de chirurgie ambulatoire en élevant, par exemple, le taux de rotation du patient par fauteuil.

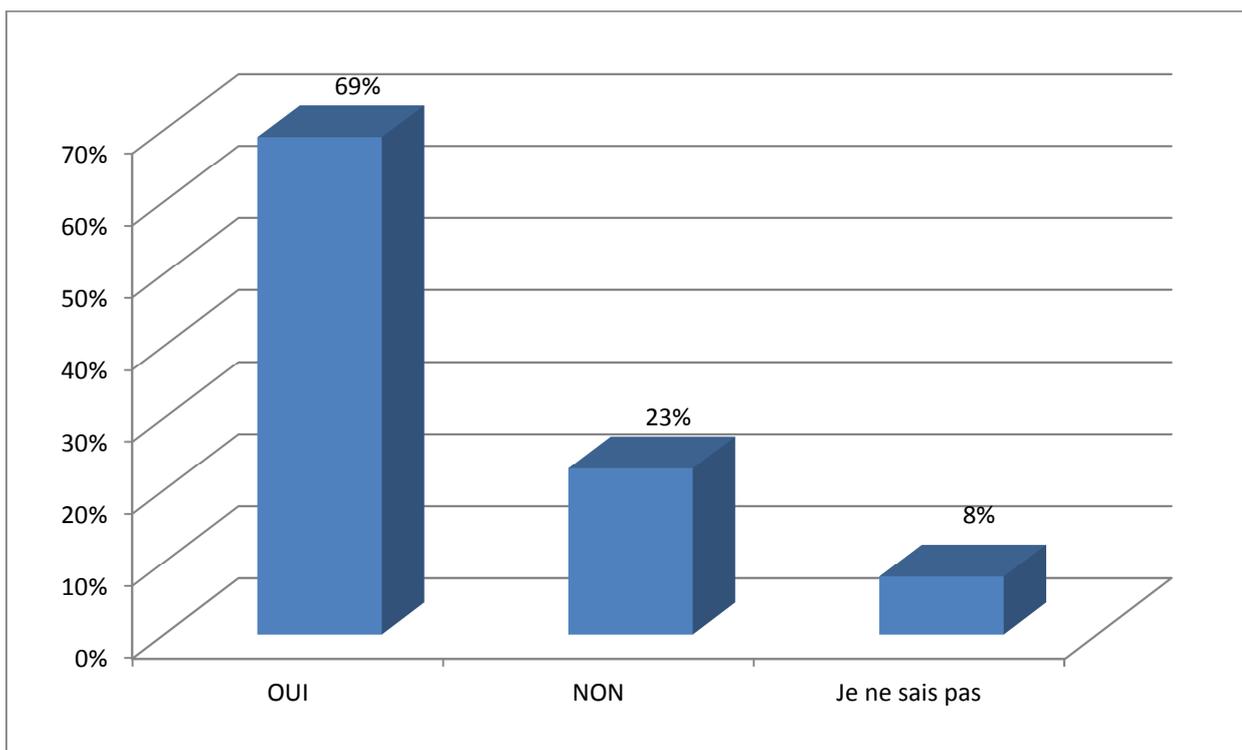
L'accent est porté sur « l'envie et la nécessité » de rendre optimale la prise en charge du patient, en diminuant sa durée d'hospitalisation journalière et les délais opératoires.

La satisfaction du patient demeure une source de motivation pour les agents.

Le manque en matériel et en ressources humaines démotive une minorité d'agents face à l'augmentation croissante de la charge de travail.

Question 6 : Vous êtes- vous senti (e) impliqué (e) dans le projet d'augmentation de l'activité de votre service ?

Echantillon de 13 personnes



69 % des personnes ont été impliquées dans le projet.

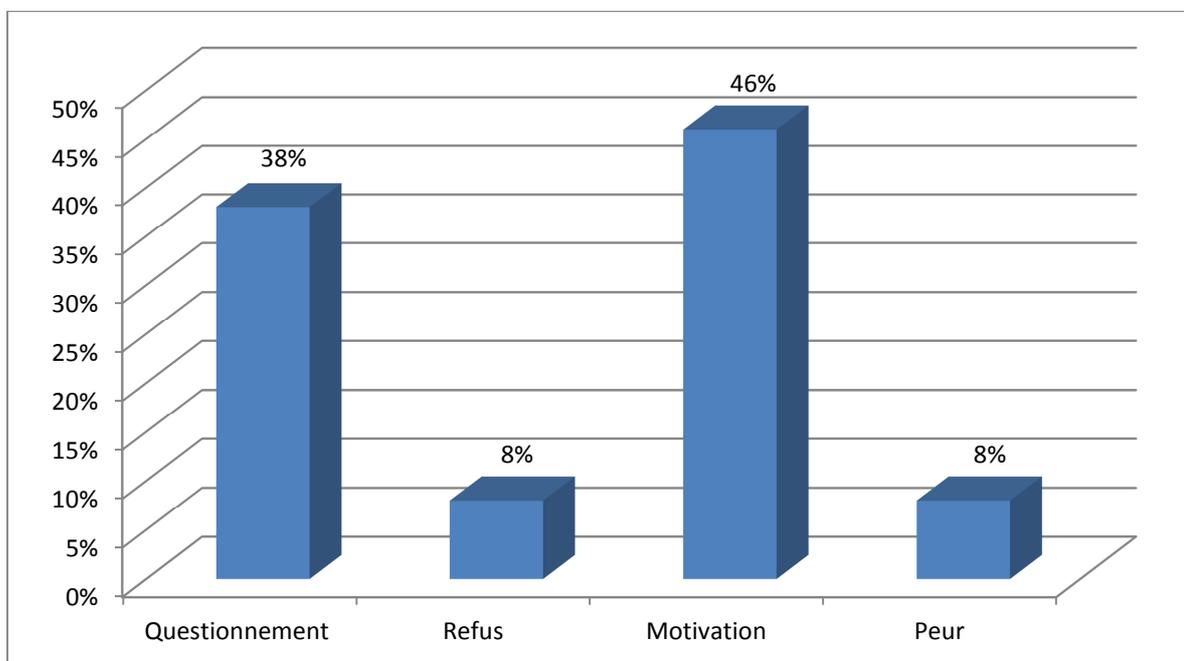
Cette implication se manifeste par la participation active des agents lors des réunions de service et des groupes de travail sur les différents projets ou scénarios envisageables au regard des changements prévus.

Il ressort également de cette étude que les équipes attachent de l'importance à la qualité de la prise en charge qu'elles apportent au patient, qualifiée d'optimale.

Ainsi, au regard de tous ces éléments importants pour l'ensemble du personnel, l'augmentation de la charge de travail est effective et acceptée malgré le manque d'effectifs.

Question 7 : Qu'avez-vous ressenti (e) devant cette nécessité de changement ?

Echantillon de 13 personnes



En premier lieu, le sentiment de motivation ressort, suivi de très près par le questionnement des équipes.

La **motivation** trouve ses sources dans la volonté de l'équipe d'offrir une prise en charge de qualité au patient et de bénéficier d'une organisation cadrée.

Chacun souhaite « *faire au mieux pour suivre l'évolution actuelle des soins pour le bien des patients* ».

Les agents sont conscients que « *la chirurgie ambulatoire est l'avenir pour pouvoir faire évoluer l'hôpital et ses organisations* » et que leur unité est en capacité d'augmenter son activité avec un personnel soignant en nombre suffisant.

Pour 38 % des personnes enquêtées, le **questionnement** porte sur la capacité des équipes à pouvoir assumer l'augmentation de l'activité.

« *Y aura-t-il assez de personnel pour assurer correctement la prise en charge des patients ?* »

« *Comment organiser la prise en charge du patient et son suivi ?* »

« *Comment organiser le parcours du patient en pré et post-opératoire ?* »

Les questions portent également sur la capacité d'accueil en termes de locaux et sur la participation de tous les acteurs dans les organisations et dans l'acceptation des changements.

Le **refus** et la **peur** apparaissent en dernière réaction (8 %).

Le refus s'explique par la surcharge de travail qui n'est pas acceptée.

La peur se justifie par le risque accru au regard du manque de personnel et de la charge de travail d'effectuer une erreur professionnelle.

Le manque de lits, dans l'unité et dans les secteurs conventionnels en cas de transfert du patient le soir de l'intervention, est aussi source d'inquiétude.

Les agents évoquent une baisse de la qualité des soins associée à la diminution du temps d'hospitalisation du patient.

Enfin, quelques personnes évoquent la crainte de ne pouvoir assumer d'un point de vue physique dans cette unité qui requiert dynamisme et rapidité.

D'autres mettent en avant l'obligation de réorganiser leur vie familiale en fonction des changements engendrés par l'essor de leur service de soins.

5.3 Synthèse

A l'issue des entretiens et des questionnaires, nous avons croisé les données puis effectué une synthèse de celles-ci.

Nous avons bien pris conscience que la pratique de la chirurgie ambulatoire est en retard en France et que son développement est primordial et ce pour plusieurs raisons.

En effet, elle est une réponse aux attentes nationales, mais aussi un objectif institutionnel des établissements de santé pour qui la chirurgie ambulatoire est un levier nécessaire pour pallier aux situations budgétaires « sensibles ».

De plus, le développement des technologies incite l'ensemble du corps médical à modifier ses pratiques et son organisation imposée par la chirurgie ambulatoire. Celle-ci répond à de nouvelles modalités de prises en charge médicales et paramédicales.

A la recherche de l'efficacité et de la performance, les établissements de santé sont devant l'obligation de repenser leur organisation en interne, mais également vers la ville s'ils veulent optimiser la prise en soins du patient. Dans certaines situations, il s'agit dans un premier temps de revoir tout simplement l'architecture des locaux, avant même de se pencher sur l'organisation des soins.

Cette « marche en avant » vers l'ambulatoire passe par la collaboration et l'implication d'une dynamique de travail de tous les acteurs concernés.

Dans un contexte économique contraint et de réformes successives du monde de la santé, nous percevons bien que les hôpitaux sont soumis au changement. L'analyse de notre travail de recherche démontre que le personnel travaille à « flux tendu » et ce, en raison, des restrictions en effectifs et en matériel. Pour autant, l'activité doit continuer d'augmenter.

Ce changement laisse cependant apparaître des difficultés comportementales car il touche à la culture médicale et paramédicale. Ainsi, plusieurs réactions ont été relevées au cours de notre enquête : l'angoisse, la peur, le questionnement, les réticences et, dans le cas extrême, le refus.

Afin d'être mieux vécu, il semble incontournable d'accompagner le changement et c'est alors que le rôle de l'encadrement de proximité trouve sa place. Dans notre analyse, le personnel exprime un fort besoin d'être accompagné d'une présence physique et d'un soutien psychologique de la part de l'ensemble des cadres de santé, mais également du médecin coordonnateur de l'unité.

Le travail en collaboration est une des clés de la réussite du développement de la chirurgie ambulatoire car son organisation est fondée sur une réflexion commune et partagée.

Pour accompagner ce changement et motiver le personnel, les managements participatif et coopératif sont des leviers pour les cadres de santé.

Il passe par l'implication de tous les agents, le développement de leur autonomie, la délégation de certaines fonctions qui seront contrôlées.

L'avis de l'équipe importe et est pris en considération au même titre que la reconnaissance du travail et des compétences. Ainsi, responsabiliser un agent dans un domaine de compétence permet de le valoriser, de l'impliquer et de développer sa motivation.

La présence physique du cadre de santé et du médecin coordonnateur sur le terrain est vectrice de motivation car il est très important pour le personnel de se sentir soutenu, écouté et aidé.

De plus, les groupes de travail sur les projets sont des moments privilégiés pour tous et portent encore une fois l'accent sur le partage, le respect des opinions, l'écoute et les propositions d'actions de chacun dans ce contexte d'essor de la chirurgie ambulatoire. Le projet est porté et impulsé par tous.

De même, l'analyse des pratiques professionnelles au regard des résultats de l'activité ambulatoire permet de développer des compétences réflexives individuelles et collectives.

Quant au management directif, très peu utilisé, il est qualifié de « *mauvaise solution* » selon les cadres de santé.

Pour accompagner le changement et motiver les équipes, la communication est très fortement développée par l'intermédiaire du cadre de santé. Elle est mise en place par les réunions formelles et informelles, collectives ou individuelles, par les notes de service.

Pour les établissements les plus « aisés », le système numérique est utilisé, tout comme l'échange via les SMS. Ce dernier concerne davantage les modifications de planning de dernière minute.

Il nous apparaît important que l'équipe ait connaissance des résultats de leur activité et des retours positifs des questionnaires de satisfaction des patients. Pour un grand nombre d'agents, l'avis et la satisfaction du patient importent plus que tout le reste. Leurs valeurs sont ainsi satisfaites et leur motivation s'y trouve renforcée.

Par ailleurs, la transparence des informations peut être, soit bénéfique, soit vectrice d'inquiétudes et d'interrogations. Il appartient alors au cadre de santé et à ses proches collaborateurs d'évaluer leur marge de discours en fonction des réactions du personnel.

Enfin, le respect de la qualité de vie au travail est également un facteur de développement de la motivation.

Il ressort de cette recherche que le personnel est bien plus motivé que ce que nous aurions pu l'imaginer au départ. Cela s'explique par un accompagnement fort de la part du cadre de santé de l'unité.

Force est de constater que celui-ci possède plusieurs « outils » pour motiver son équipe et qu'il a une place prépondérante auprès d'elle.

En définitive, il s'avère que les deux hypothèses émises au début de notre recherche se trouvent **confirmées**. Toutefois, il apparaît que celle évoquant **le management participatif comme vecteur de motivation est la plus dominante**.

6 Conclusion

Ce travail de recherche, qui s'est déroulé tout au long de la formation, a été très enrichissant et j'ai eu beaucoup de plaisir à rédiger ce mémoire.

Tout le cheminement effectué dans l'élaboration de ce document s'est accompagné d'une réflexion continue.

La chirurgie ambulatoire est un domaine révélateur de l'évolution du secteur de la santé et en est « l'avenir ». Reste à l'accepter, à repenser nos organisations et à modifier nos pratiques en s'ouvrant vers le réseau de la ville, qui offrira la possibilité d'un réel travail de lien, de collaboration interdisciplinaires afin d'améliorer la qualité de prise en charge du patient.

Les critères de réussite résident dans l'implication et la collaboration de tous.

Elle est un symbole de qualité et d'innovation des pratiques.

« La chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de soigner mais lorsque l'indication le permet, la meilleure façon de soigner »

Madame Simone Weil 1996
Fondation de la Société internationale
de chirurgie ambulatoire

7 Bibliographie

➤ Ouvrages

- ALLARD-POESI Florence. Management d'équipe : 3^e édition. Paris : Dunod, 2012, 128 p.
- BERNOUX Philippe. La sociologie des organisations : initiation. Evreux : Seuil, 1985, 382 p.
- BERNOUX Philippe. Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations. Paris, Seuil, 2010, 368 p.
- BOUILLOUD Jean Philippe. Entre l'enclume et le marteau : les cadres pris au piège. Paris : Seuil, 2012, 222 p.
- BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Paris : Seli Arslan, 2006, 288 p.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Paris : Seuil, 1977, 500 p.
- FRANCES Robert. Motivation et efficacité au travail. Liège : Mardaga, 1995, 166 p.
- MAUGERI Salvatore. Théories de la motivation au travail. Paris : Dunod, 2013, 119 p.
- MINTZBERG Henry. Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre. Paris : Eyrolles Editions d'Organisation, 2006, 283 p.
- SAN JULIAN Mireille. L'essentiel du management .Paris : Lamarre, 2006,177 p.
- SIMONET Jean et Renée. Le management d'une équipe : guider pour négocier, animer, former. Paris : Les éditions d'organisation, 1989, 175 p.
- THIETART Raymond-Alain. Que sais-je ? Le management. Paris : Puf, 2004, 127 p.

➤ **Rapports et méthodologies**

- DUMONT Jean-Paul. Cours sur la gestion des ressources humaines, master management et santé. Septembre 2014, 129 p.
- LE BASTARD Virginie. Cours sur les clés d'un management de proximité réussi, diplôme cadre de santé. Mars 2015.
- HAS. Le patient traceur : une méthode d'évaluation de la réalité de l'activité des établissements de santé. Août 2014, 16 p.
- AFCA. Le « bréviaire » de la chirurgie ambulatoire : l'ambulatoire en 20 questions. Octobre 2007, 8 p.
- L'assurance Maladie. Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire. 22 janvier 2008. 9 p.
- Socle de connaissances Haute Autorité de Santé – Avril 2012
- HAS/ANAP. Chirurgie ambulatoire : outils d'aide au développement. Décembre 2011, 15 p.
- HAS/ANAP. La chirurgie ambulatoire en 12 questions. Avril 2012, 4 p.
- HAS/ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : Outils et recommandations économiques. Avril 2012, 27 p.
- HAS/ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : socle de connaissances. Avril 2012, 20 p.
- Rapport de la cour des comptes. Septembre 2013, chapitre VIII, p 231.
- HAS/ANAP : recommandations organisationnelles. Mai 2013, 14 p.

➤ **Périodiques**

- BERIA Véronique. Le changement : quel enjeu pour le cadre de santé. Objectif soins, janvier 2006, p 75.
- BITAUD Jean –Rémy. Osons un nouveau management des ressources humaines. Gestions hospitalières, mars 2013, n° 524, p 139.
- LIVARTOWSKI Alain. Efficience hospitalière et efficience du système de santé. Revue hospitalière de France, septembre/octobre 2010, n° 536, p 40.
- PRIGENT Anne. Chirurgie sans hospitalisation : les raisons du retard français. Le figaro santé, 5 mai 2014.
- THIRIET Anne. Chirurgie ambulatoire : qualité et sécurité des soins renforcés. Agence Fédérale d'Information Mutualiste, 5 février 2015, n° 4735, p 1.
- ZAMBELLO Laurence. L'intelligence émotionnelle au travail : une piste de réflexion pour le cadre de santé. Soins cadres, novembre 2014, n°92, p 41.

➤ **Webographie**

- <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte> consulté octobre 2014.
- Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger- Etat des lieux et perspectives- rapport d'orientation.
- La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives novembre 1997.
- <http://www.santé.gouv.fr> consulté le 4/10/2014 page 4.
- http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201307/diapo_4_patient_traceur_vd.pdf . Consulté le 16 novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Victor_Vroom. Consulté en novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Frederick_Winslow_Taylor. Consulté en novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Fayol. Consulté en novembre 2014.

- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Max_Weber. Consulté en novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Elton_Mayo. Consulté en novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Frederick_Herzber. Consulté en novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow. Consulté en novembre 2014.
- http://www.fr.wikipedia.org/wiki/John_Locke. Consulté en novembre 2014.
- <http://www.dictionnaire.sensagent.com/satisfaction/fr-fr/>. Consulté en février 2015.
- http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/efficient_efficiente/27932. Consulté en février 2015.
- http://.memoireonline.com/09/08/1531/m_la-problematique-du-changemententre-concepts--realites7.html. Consulté le 02 septembre 2014.
- <http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire.html>. Consulté le 4 octobre 2014.
- <http://www.em-consulte.com/en/article5223> . Consulté le 17 septembre 2014.
- <http://www.em-consulte.com/en/article/145314>.
- <http://www.aphp.fr/lewebzine/l-essor-de-la-chirurgie-ambulatoire/>. Consulté le 24 octobre 2014.
- <http://www.crpe.free.fr/Lamotivation.htm> . Consulté le 9 octobre 2014.
- http://www.wikiberal.org/wiki/Th%C3%A9orie_des_attentes. Consulté le 9 octobre 2014.
- <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Les-theories-de-la-motivation.html>. Consulté le 9 octobre 2014.
- http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_ca_2013_publication.pdf . Consulté le 14 février 2015.
- http://www-has.sante.fr/portail/jcms/c_1345393/fr/levaluation-medico-economique-un-enjeu-davenir. Consulté le 14 mars 2015.
- <http://hospimedia.fr>. Consulté le 31 mars 2015.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Annexe 2 : décret 92-1100 du 2 octobre 1992

Annexe 3 : arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire

Annexe 4 : article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous entente préalable

Annexe 5 : décret 2012-69 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Annexe 6 : liste des 38 actes marqueurs en 2011

Annexe 7 : processus du parcours de chirurgie ambulatoire

Annexe 8 : questionnaire exploratoire

Annexe 9 : grille d'entretien cadre de santé

Annexe 10 : questionnaire de recherche

Annexe 11 : présentation d'un entretien

ANNEXE 1

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

➤ Extrait de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

« Les établissements de santé publique ou privés ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement des soins de courte durée... »

L'article 4 alinéa 4 précise que *« la carte sanitaire détermine : la nature et l'importance des installations pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et notamment celles à l'exercice de la chirurgie ambulatoire »* (article L.712-2 du Code de la santé publique).

Source Légifrance.gouv.fr

ANNEXE 2

Décret 92-1100 du 2 octobre 1992

- Extrait du décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique.

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Source Légifrance.gouv.fr

ANNEXE 3

Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire
pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire

- Extrait de l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

Il définit la notion de « *zone opératoire protégée* » et précise les fonctions de ces structures « *Cette zone garantit une organisation de travail et une hygiène spécifique et adaptée, la réduction maximale des risques encourus par le patient, l'équipe opératoire, et dispose de moyens pour faire face à leurs conséquences* »

L'arrêté indique « *les conditions de la préparation médicale immédiate du patient aux actes opératoires par l'équipe opératoire, la réalisation des actes opératoires, la surveillance postopératoire immédiate, la surveillance du réveil anesthésique jusqu'au rétablissement définitif des fonctions vitales, la préparation du personnel à la réalisation des actes opératoires conformément aux règles d'hygiène en vigueur et la préparation et le distribution des produits, médicaments et matériels nécessaires à la réalisation de ces fonctions, de même que le stockage indispensable à leur disponibilité immédiate.* »

Source Légifrance.gouv.fr

ANNEXE 4

Article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008
relatif à la mise sous entente préalable

Article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008 relatif à la mise sous entente préalable.

Dispositions de l'article L.162-1-17 du Code de la sécurité sociale

« Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article [L. 162-22-6](#) du présent code. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article [L. 6113-7](#) du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article [L.6114-2](#) du code de la santé publique. Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées ».

Source Légifrance.gouv.fr

ANNEXE 5

Décret 2012-69 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

DECRET

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

NOR: AFSH1222673D

ELI: <http://legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/8/20/AFSH1222673D/jo/texte>

ELI: <http://legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/8/20/2012-969/jo/texte>

Publics concernés : établissements de santé.

Objet : modification de certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret modifie certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète : il facilite les prises en charge à temps partiel ou celles d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et il renforce la qualité des soins au moyen d'une organisation spécifique formalisée, soumise à des indicateurs de qualité, et d'une évaluation. Il permet désormais la mutualisation des plateaux techniques et des personnels avec l'hospitalisation complète, en tenant compte du fonctionnement particulier propre à l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

Références : le [code de la santé publique](#) peut être consulté, dans sa rédaction résultant du présent décret, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le [code de la santé publique](#) ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 15 mars 2012 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 6 juin 2012,

Décète :

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-301 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 6124-301.-Les dispositions de la présente section s'appliquent aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article L. 6122-1. »

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Il est ajouté au même code un article D. 6124-301-1 ainsi rédigé :

« Art. D. 6124-301-1. - Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

« Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

« Toutefois lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en anesthésie ou chirurgie ambulatoires, les membres de l'équipe mentionnée au troisième alinéa n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge.

« Lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnel et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site, dans le respect de l'organisation spécifique et des contraintes de la prise en charge à temps partiel ou de celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

« Les structures mentionnées au présent article peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé.

« Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

« Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients. »

Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-302 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « D. 6124-301 » est remplacée par la référence : « D. 6124-301-1 » ;

2° Au 2°, après les mots : « protocoles de soins », sont insérés les mots : « intégrant la prise en charge de la douleur » ;

3° Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Le stockage des produits de santé et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients, la pré-désinfection de ces matériels et l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux. » ;

4° Le sixième alinéa est supprimé ;

5° Au septième alinéa, après les mots : « en comportant notamment », sont insérés les mots : « des chambres ou » ;

6° Au neuvième alinéa, les mots : « , y compris la consultation anesthésique » sont supprimés et le mot : « salle » est remplacé par le mot : « zone ».

Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-303 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux

caractéristiques techniques des soins dispensés. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'article D. 6124-301 » sont supprimés et après les mots : « la structure, » sont insérés les mots : « pendant la durée des prises en charge, » ;

3° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° D'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ; » ;

4° Au 3°, les mots : « et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires » sont remplacés par les mots : « ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité ».

Article 5 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-304 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « la permanence et » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée. » ;

3° La seconde phrase du troisième alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins. »

Article 6 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article D. 6124-305 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 6124-305.-Une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 6124-301-1 est établie et précise notamment :

« 1° L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ;

« 2° Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;

« 3° L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels mentionnés à l'article D. 6124-303 ;

« 4° Les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 ;

« 5° Les formations nécessaires, en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de la structure.

« La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins. »

Article 7 [En savoir plus sur cet article...](#)

Il est créé au chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie

réglementaire) une section 3 bis intitulée : « Etablissements d'hospitalisation à domicile » et qui comprend les articles D. 6124-306 à D. 6124-311.

Article 8 [En savoir plus sur cet article...](#)

Les établissements de santé disposent d'un délai de neuf mois à compter de la publication du présent décret pour transmettre au directeur général de l'agence régionale de santé la charte de fonctionnement relative à chacune des structures alternatives à l'hospitalisation complète mentionnées à l'[article D. 6124-301 du code de la santé publique](#) dont ils disposent.

Article 9 [En savoir plus sur cet article...](#)

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 20 août 2012.

Jean-Marc Ayrault

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales

et de la santé,

Marisol Touraine

ANNEXE 6

Liste des 38 actes marqueurs en 2011

Taux CA 38 gestes marqueurs 2011

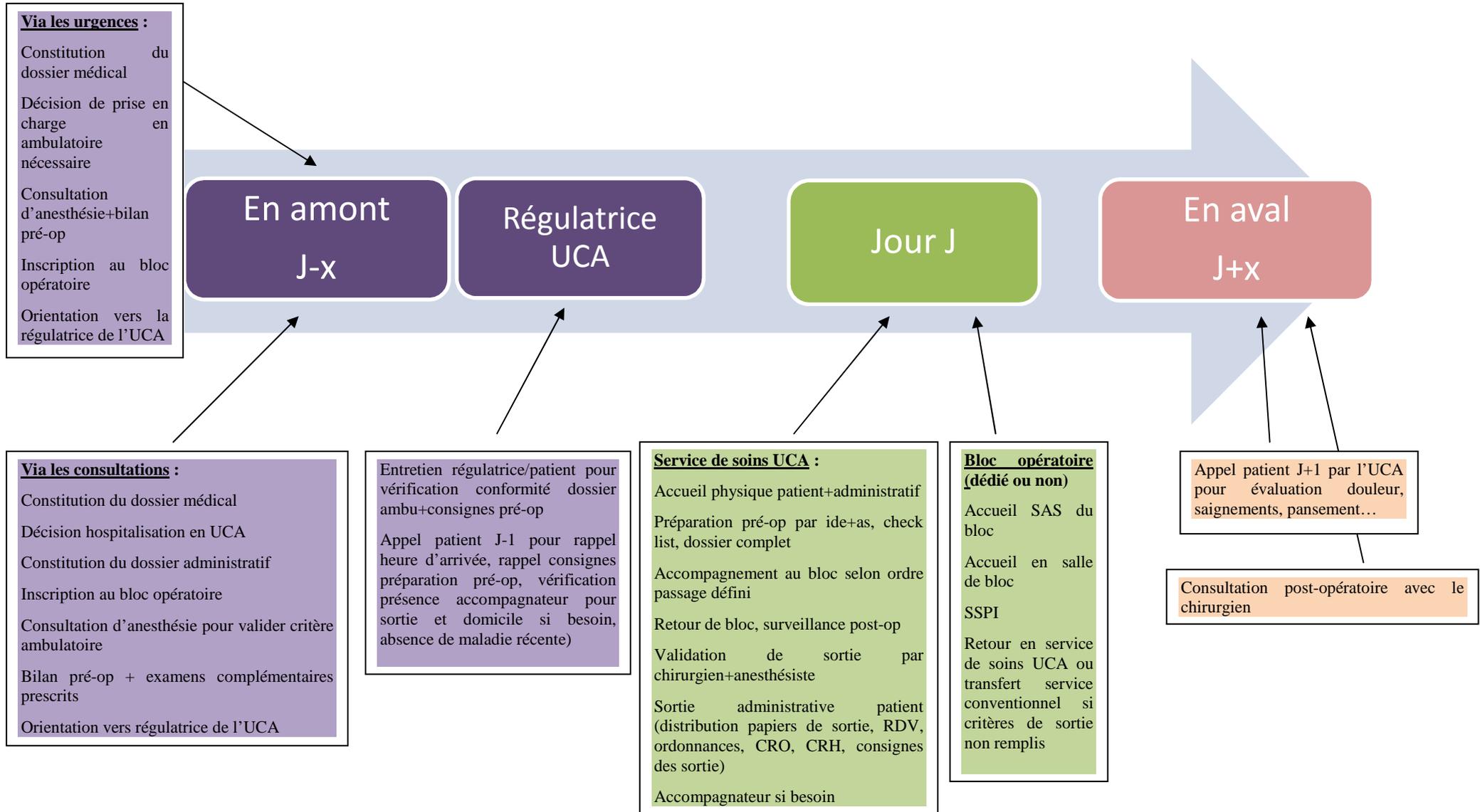
GESTE	France	LORRAINE	écart	GESTE	France	LORRAINE	écart
1 Accès vasculaire	53,3	55,3	2,0	20 Chirurgie des hernies inguinales	41,3	47,4	6,1
2 Adenoïdectomies	97,0	94,7	-2,3	21 Chirurgie des maxillaires	74,4	57,0	-17,4
3 Angioplastie membre supérieur	52,8	44,1	-8,7	22 Chirurgie des varices	72,8	77,4	4,6
4 Angioplastie périphérique	35,5	56,0	20,5	23 Chirurgie du cristallin	82,6	81,3	-1,3
5 Arthroscopie de la cheville	38,6	31,3	-7,4	24 Chirurgie du nez	28,9	16,3	-12,6
6 Arthroscopie du genou hors ligamentoplastie	77,6	78,6	1,0	25 Chirurgie du sein/tumorectomie	48,7	59,0	10,3
7 Avulsion dentaire	89,4	87,4	-2,0	26 Chirurgie de l'épaule	6,3	2,1	-4,2
8 Chirurgie anale	33,5	43,7	10,2	27 Chirurgie strabisme	51,1	17,4	-33,7
9 chirurgie canal carpien	88,4	89,8	1,4	28 Chirurgie utérus	79,5	76,6	-2,9
10 Chirurgie col, vulve, vagin	82,2	83,1	0,9	29 Cholecystectomie	4,7	2,8	-1,9
11 Chirurgie de l'avant-pied	50,7	45,5	-5,2	30 cure de paraphimosis	63,6	66,7	3,1
12 Chirurgie de la conjonctive	92,7	80,2	-12,5	31 Exérèse de kystes synoviaux	93,5	93,7	0,2
13 Chirurgie de la main	84,1	80,6	-3,5	32 Fistules artérioveineuses	16,6	22,7	6,1
14 Chirurgie maladie de Dupuytren	73,7	82,0	8,3	33 geste sur l'uretère	17,9	17,9	0,0
15 Chirurgie main réparatrice des ligaments et tendons	87,5	87,9	0,4	34 geste sur l'urètre	48,5	59,8	11,3
16 Chirurgie des bourses	61,1	59,2	-1,9	35 geste sur la vessie	45,6	46,7	1,1
17 Chirurgie des bourses de l'enfant	67,9	80,9	13,0	36 Interruption tubaire	69,9	75,6	5,7
18 Chirurgie des hernies de l'enfant	76,6	82,5	5,9	37 LEC	84,7	70,4	-14,3
19 Chirurgie des hernies abdominales	23,0	26,2	3,2	38 Prélèvement d'ovocyte	98,7	96,9	-1,8

Sources ARS Lorraine 2012

ANNEXE 7

Processus du parcours de chirurgie ambulatoire

VISION GLOBALE DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



ANNEXE 8

Questionnaire exploratoire

Questionnaire exploratoire

Bonjour,

Je suis actuellement en formation de cadre de santé et j'effectue un mémoire de recherche sur la thématique du rôle du cadre de santé dans le maintien de la motivation d'une équipe de chirurgie ambulatoire en essor.

Ce questionnaire, qui, si vous souhaitez bien le remplir va me permettre de valider la pertinence des concepts que j'envisage de développer dans mon travail.

Question 1 : Selon vous, quels sont les acteurs intervenants dans l'entretien de la motivation d'une équipe ?

Question 2 : Pensez-vous que pour motiver une équipe paramédicale d'un secteur de chirurgie ambulatoire, vous deviez utiliser un management

	OUI	NON
Participatif		
Directif		
Collaboratif		

Commentaire libre :

Question 3 : Pensez-vous que l'augmentation de l'activité d'une unité de chirurgie ambulatoire puisse amener une résistance de la part de l'équipe para médicale ?

OUI

NON

Si oui, sur quels critères pensez-vous que cette résistance soit la plus prégnante ?

- En lien avec la perte de qualité de vie au travail
- En lien avec le risque de perte de qualité des soins
- En lien avec une modification nécessaire de leur organisation de travail
- En lien avec de nouvelles prises en charge nécessitant un temps de formation
- En lien avec une augmentation de travail à effectif constant

Commentaire libre :

Question 4 : Pensez-vous que malgré une augmentation d'activité, une unité d'ambulatoire puisse garder une efficacité et une qualité des soins ?

OUI

NON

Si oui, quels sont les axes permettant le maintien de ces objectifs ?

- Réorganisation des prises en charge
- Réorganisation médicale
- Réorganisation des vacations opératoires
- Augmentation des effectifs des personnels para médicaux malgré un contexte contraignant

Commentaire libre :

Merci d'avoir rempli ce questionnaire permettant de me guider dans mon travail de recherche.

ANNEXE 9

Grille d'entretien cadre de santé

Grille d'entretien de recherche cadre de santé

L'objet de cette recherche porte sur la motivation d'une équipe d'un service de chirurgie ambulatoire en augmentation d'activité. Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, l'efficacité mais aussi la qualité et la sécurité des soins sont de rigueur.

- Quelle est votre fonction ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) cadre de santé?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans l'unité de chirurgie ambulatoire ?
- Quel est le pourcentage d'activité ambulatoire au sein de votre établissement ?
- Quel est le taux de rotation patient /lit dans votre secteur ?
- Quels sont les effectifs des personnels paramédicaux ?

Infirmier(ères) :

Aides-soignants(es) :

Brancardier(s) :

Autres :

- Quelles sont les pathologies et spécialités prévalentes dans votre service ?

▪ Comment se présente votre organisation architecturale ?

- Bloc ambulatoire dédié (structure complète)
- Bloc ambulatoire dans le bloc conventionnel
- Nombre de Box
- Nombre de Lits
- Nombre de Fauteuils/brancards
- Superficie du service étendue
- Présence d'une salle d'aptitude à la rue

▪ Comment s'organise le parcours du patient au sein de votre unité ?

➤ **Question 1: Quelles sont les stratégies développées au sein de votre établissement pour promouvoir la chirurgie ambulatoire ?**

- Objectif institutionnel
- Nouvelles prises en charge médicale
- Réponse aux contraintes budgétaires
- Accompagnement national ?

- Mise en place sur combien d'années

- Patient traceur ?

➤ **Question 2 : quelles sont les difficultés rencontrées au sein de votre équipe face à l'augmentation d'activité dans le service ?**

- Compréhension, adhérence
- Beaucoup de questionnement ? sur quoi ? Exemple
- Développement de conduites de résistance au changement ? Exemple
- Incompréhension
- peur ? de quoi ?
- Refus

➤ **Question 3 : Quel accompagnement a été mis en place pour aider les équipes dans cette réorganisation ?**

- Management participatif
Exemple

- Management directif
Exemple

- Management coopératif
Avec corps médical ?
Avec services supports ?
Avec service contrôle de gestion ?
Avec admissions ?

Quel type de management utilisez-vous le plus fréquemment ? Pourquoi ? Dans quelles situations ?

Quel mode de communication est mis en place ? Comment est-il mis en place et à quelle fréquence ?

➤ **Sur quelles stratégies vous êtes vous appuyé pour motiver votre équipe à accepter les changements ?**

- Management participatif
- Implication des acteurs dans les différents stades de la réalisation de la prise en charge
- Développement de leur autonomie
- Valorisation de leur travail
- Développement de compétences des soignants
- Elaboration d'objectifs commun et individuels et présentation des résultats
- Amélioration de leur qualité de vie au travail
- Réflexion commune portant sur la réorganisation du circuit du patient

DURO Géraldine

ANNEXE 10

Questionnaire de recherche

Questionnaire de recherche

Actuellement étudiante en formation de cadre de santé, j'effectue un travail de recherche sur la motivation d'une équipe d'un service de chirurgie ambulatoire en essor. Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé où l'efficacité mais aussi la qualité et la sécurité des soins sont de rigueur, il est parfois complexe de concilier tous ces éléments. Je souhaite, à travers ce questionnaire qui conservera l'anonymat, connaître votre positionnement sur votre vécu professionnel dans un contexte d'augmentation de l'activité de votre unité de chirurgie ambulatoire.

Le choix des réponses peut être multiple.

Quelle est votre fonction ?

Infirmier (e)

Aide-soignant(e) :

Brancardier :

Autre : Précisez :

Quel est votre âge ?

Vous êtes une femme un homme

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

Connaissez-vous le nombre de patients pris en charge sur votre service ?

.....

Je ne sais pas

Connaissez-vous le taux de rotation patient au sein de votre unité ?

.....

Je ne sais pas

Depuis combien de temps votre unité est-elle dans un objectif d'augmentation d'activité et quel est le pourcentage pressenti ?

.....

Je ne sais pas

Commentaires libres :

Je vous remercie de l'attention que vous aurez pu porter à ce questionnaire.

DURO Géraldine.

Question	Propositions de réponses	OUI	NON	Je ne sais pas
<p>Dans votre établissement, l'augmentation d'activité doit répondre à :</p>	Des objectifs institutionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La mise en place d'une nouvelle pratique médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Des contraintes budgétaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diminution des interventions ambulatoires en secteur conventionnel (ambulatoire forain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	De nouvelles modalités de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Une attractivité de l'établissement pour la patientèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Comment participez-vous à l'augmentation de l'activité de votre secteur ?</p>	Elaboration de nouvelles procédures de prises en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participation à des groupes de travail portant sur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nouveaux horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réorganisation architecturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réalisation de nouveaux supports administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participation à des réunions d'informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimisation du circuit patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Question	Propositions de réponses	OUI	NON	Je ne sais pas
Comment avez-vous été informé (e) des réorganisations mises en place dues à l'augmentation de l'activité ?	Lors de réunions de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Si oui,</u> Combien? A quelle fréquence?			
	De façon individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pas d'informations reçues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous senti (e) accompagné (e) dans ces changements ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<u>Si oui, par qui?</u>			
	Cadre de santé du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cadre supérieur(e) de Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Direction des Soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Médecin coordonnateur de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été motivé (e) par ces réorganisations ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Pourquoi ?				

Question	Propositions de réponses	OUI	NON	Je ne sais pas
<p>Vous êtes-vous senti (e) impliqué (e) dans le projet d'augmentation de l'activité de votre service ?</p>	<p><u>Si oui, de quelle façon ?</u></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>Questionnement</p> <p>Sur quoi ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>Refus</p> <p>Pourquoi ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Qu'avez-vous ressenti (e) devant cette nécessité de changement ?</p>	<p>Motivation</p> <p>Pourquoi ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>Peur</p> <p>De quoi ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 11

Présentation d'un entretien

ENTRETIEN NUMERO 3 : Mme L.Claire/ cadre de santé ibode de proximité

Q : Quelles sont les stratégies développées au sein de votre établissement pour promouvoir la chirurgie ambulatoire ?

Me L : La première stratégie impulsée par la direction est déjà d'envisager l'allongement des horaires d'ouverture ou alors d'ouvrir une quatrième salle de bloc en restant sur les horaires de jour et cela nécessite de faire des travaux. Soit on ouvre un box supplémentaire au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire, soit on n'en ouvre pas et cela favoriserait davantage le turnover. Dans ce cas, il faut un peu plus de médecins anesthésistes sur place pour faire en sorte que ça tourne plus aussi, car parfois le temps d'attente pour avoir une signature de sortie est très long et finalement on libère les fauteuils bien plus tard que ce que l'on aurait pu faire. Les derniers patients doivent sortir du bloc à 14h30 pour être sûr qu'à 15 heures le personnel soit libéré, car le personnel fait 7 h / 15h côté bloc ambulatoire. On garde cette marge pour pouvoir faire le ménage correctement, en sachant que là, comme les congés maternité sont revenus, il peut y avoir des personnes extérieures qui restent jusqu'à 17 heures, mais il reste le problème qu'après 15 heures on n'aura plus d'IADE et de médecins anesthésistes. L'amplitude horaire d'ouverture du service de chirurgie ambulatoire est 7 h / 18 heures avec une fin de bloc à 14h30 pour l'AG et 16h30 pour des locales, par exemple pose de chambre implantable. On fait un « staff » organisationnel le jeudi matin. Le programme opératoire est sur un logiciel institutionnel qui s'appelle « ipop » et qui est paramétré pour que chaque vacation soit déjà dédiée à des disciplines, c'est-à-dire que si l'urologie est le mardi matin entre 8h et 13 h, il ne peut pas y avoir un patient de digestif qui se colle dedans, avec les vraies ouvertures de service ce qui fait que pour tout ce qui déborde, c'est soit, il a forcé le système et on le voit car c'est en rouge et le « staff » nous sert à ça , à juger si le débordement est jouable parce que untel va plus vite qu'un autre ou, si c'est vraiment farfelu et dans ce cas le coordonnateur qui est un PH d'orthopédie, qui n'est pas en permanence sur l'UCA , qui opère un vendredi sur deux et qui est joignable au téléphone appelle directement le chirurgien pour qu'il déplace son patient. C'est le médecin référent du l'UCA qui vient au « staff » et celui par qui passent toutes les grandes décisions. Moi pareil, si j'ai un problème avec un chirurgien ou un membre du personnel, je l'informe de ce qui s'est passé sans avoir forcément besoin de lui

demander ce que je dois faire, avec après, si c'est un vrai problème que j'estime être de médecin à médecin, je le laisse trancher, je ne rentre pas dans le débat. Tout ceci est à mettre avec des points d'interrogation, c'est de la réflexion en cours.

Le développement de la chirurgie ambulatoire peut aussi répondre à des nouvelles méthodes de prises en charge médicales car il y a des interventions nouvelles, par exemple des hernies discales côté orthopédie, les premières ont été faites au printemps 2014, après formation du personnel, avec une table commandée exprès pour pouvoir les installer en genu pectoral, par contre le matériel est toujours emprunté au bloc commun, donc on n'est pas tout à fait autonome là-dessus. Au départ, les kinés sont venus pour effectuer le premier lever et puis maintenant c'est presque une routine. Le chirurgien des patients a sa vacation un vendredi sur deux. En général, c'est plutôt une, on le fait en première heure pour pouvoir faire le lever tranquillement en début d'après midi. Il a quand même réussi à en faire deux à la suite un vendredi, mais comme la télé est venue ce jour là, on a perdu beaucoup de temps et du coup ça s'est reporté sur les IVG qui se sont faites très tardivement derrière. Mais sinon les deux patients sont rentrés chez eux avant 18 heures.

On a tous conscience que c'est une réponse aux contraintes budgétaires. On fait des économies à faire sortir quelqu'un au lieu de le faire dormir trois jours à l'hôpital. Après, nous, tous les chirurgiens qui sont là sont très satisfaits de les faire en ambulatoire et ils voient la satisfaction des patients en retour, mais par rapport au potentiel possible, il y a apparemment encore des médecins réfractaires et qui préfèrent garder le conventionnel et opérer au bloc commun quelque chose de plus sécurisé. A l'inverse, il y a aussi des chirurgiens ortho qui disent qu'ils pourraient faire plus si, derrière, il y avait les réseaux en ville pour suivre. Par exemple, une prothèse de hanche pour eux ne serait pas inenvisageable, le problème c'est derrière pour la suite, la rééducation mais purement chirurgicalement, ce serait possible. Et à contrario, il y en a d'autres qui sont en ambulatoire et qui disent à un moment donné il faut arrêter, ce qu'on fait là c'est très bien, mais il ne fait pas croire qu'on peut tout faire en ambulatoire et n'importe comment. On a les deux discours.

On entend qu'on voudrait avoir plus de place en ambu et on est bloqué parce que les vacations sont pleines parce qu'on ne peut pas opérer plus tard. On n'a pas encore besoin d'appeler plus pour remplir plus. La liste d'attente s'allonge. En ophtalmo, en ORL et

même en pédiatrie, c'est ceux là qui réclament plus de vacations parce qu'ils disent qu'en conventionnel j'ai peut-être 100 cataractes que je pourrais mettre en ambulatoire, mais ils ne les mettent pas parce qu'il n'y a pas de place. Après quand une spécialité rend une vacation, on l'a propose aux autres, à ceux qui auraient des patients en attente, quand c'est possible aussi, parce que parfois on est limité en matériel. Parfois on voudrait faire des urgences ortho et finalement l'ampli est bloquée parce qu'il y a de l'uro, des changements de JJ. Dès fois on pourrait faire mieux, mais on est limité par la place, par le matériel. Par exemple, on ne pourrait pas faire deux salles de pédiatrie le même jour. On est limité en ressources humaines aussi, parce que des médecins anesthésistes en pédiatrie, il n'y en a pas des tonnes. Et c'est le problème qu'on a, c'est qu'ils sont obligés de finir à 13h30 parce que après ils sont en consult. Ils ont aussi leur organisation car ils sont aussi au bloc commun, c'est les mêmes, bloc UCA, bloc commun consult, ils sont parfois aussi en clinique, donc c'est vrai, c'est un vrai casse tête chinois pour que tout s'harmonise. Dès qu'on bouge un pion ça bouge tout le reste. Il y a forcément mieux à faire mais on ne peut pas faire juste pour faire plaisir à un et c'est ça qui est compliqué.

Q : Quelles sont les difficultés rencontrées au sein de votre équipe ?

Me L : Coté bloc, c'est de pouvoir partir à l'heure déjà, contraintes horaires. Ils ressentent également la pression des médecins pour opérer toujours plus. C'est dans l'intensité des gestes au détriment du nettoyage entre deux salles. De l'autre côté, c'est la pression dès le matin, où l'aide soignant attend à côté du box que l'infirmière ait fini de poser le cathlon. On ne leur laisse pas le temps de faire les choses dans le temps nécessaire, un peu toujours tout en accéléré. Et encore une fois parce que c'est des gens qui ont connu le temps où elles avaient le temps de beaucoup discuter, où à midi tout était fini, donc pour elles c'est un peu dur là, elles ont un peu l'impression d'être à l'usine. Elles ont ce sentiment là où elles ressentent la nécessité d'une personne supplémentaire pour essayer de retravailler en fonction de leur valeurs qui leur tiennent à cœur, donc de pouvoir parler avec le patient, de répondre à leur question, de ne pas les mettre dehors avec trois photocopiés dans les mains. Il y a ça, donc le travail vraiment avec le patient et il y a aussi l'à côté, c'est la prise en charge des étudiants infirmiers parce qu'ici on en a tout le temps. Donc là pareil, on a l'impression que c'est bâclé. On est à fond patient, mais il y a aussi tout ce qui est

intéressant à côté, les procédures pour l'hygiène, le réaménagement d'une réserve, réfléchir à la sté. Et bien ça on n'a plus le temps de se poser. Mais c'est par période, c'est vrai en décembre ça a été très intensif et en janvier on est revenu à quelque chose de plus serein, plus lissé aussi.

Du côté de l'accueil (UCA) elles ont dit qu'elles ressentaient une perte de qualité des soins. Côté bloc non, parce que les priorités restent les mêmes, sauf que c'est fait avec plus de rapidité.

L'équipe a tout à fait conscience qu'avant ils n'étaient pas au maximum de ce qu'ils pouvaient, que de toute façon c'est une obligation financière et que les services d'à côté c'est pareil voire pire. Ils ne se sentent pas dans le collimateur de la direction. Ils le font en plus de leur plein gré. Ils réfléchissent à comment faire mieux etc, et c'est là qu'on doit écouter que quand ils disent on est au maximum, c'est qu'on est au maximum. C'est une équipe volontaire, il n'y a pas de mauvais état d'esprit et comme ils le disent eux-mêmes, celui qui n'est pas capable de travailler et qui se met en arrêt tous les mois, il va s'auto éliminer. Non, non ils sont contents de venir travailler et c'est ça qu'il faut préserver. Après ça n'empêche pas qu'il peut y avoir des mésententes auprès des uns et des autres, mais la vue générale quand on ne s'attache pas à une ou deux personnes, ça marche bien. Même les plus anciennes savent qu'on ne pourra pas retourner en arrière en fait, même ailleurs, ce n'est pas possible. Il y a toujours ce calcul de ce qui est bien, ce qui n'est pas bien et qui prend le pas sur l'autre.

Il y a un questionnement parce qu'on leur explique qu'on réfléchit à deux scénarios possibles et qu'on ne sait pas encore sur lequel on va aller, mais si elles réfléchissent dans les deux sens, si on change nos horaires, comment je me réorganise dans ma vie, mais elles ont besoin de date butoir, ce qu'on ne peut pas en plus leur donner à présent, car à l'heure actuelle personne ne sait.

Il y a eu une période de peur fin décembre quand ça a commencé à être évoqué. Il y a eu cette peur parce que comme on est toujours un peu dans un service où ça va vite, ils se sont dits ben voilà au premier mars ça va être comme ça. Il a fallu expliquer que non, même si ça allait se mettre en place, on y viendra, ça prendra du temps. Elles ont eu peur de ne pas avoir le temps de se réorganiser et on leur a expliqué et d'une, que ça ne se mettrait pas en place en deux mois et, de deux qu'on allait les informer de ce qui allait se passer, que ça ne

servait à rien de poser trois mille questions ou de s'imaginer n'importe quoi, c'est juste que si on ne leur dit pas c'est qu'on ne sait pas. Avec le coordonnateur, on essaye de faire des réunions de service avec souvent un thème central, au départ un sujet de réunion, on expose la situation, ce qu'on a, les faits et après d'écouter les questions, de répondre. Ça fait son chemin, elles en parlent entre elles, et on avance comme ça.

Q : Quel accompagnement a été mis en place pour accompagner les équipes dans cette réorganisation ?

Me L : Pour résumer le mot c'est communication, échange, transparence à notre niveau encore une fois, niveau encadrement de proximité et du coordonnateur. Par rapport à cette réorganisation, on leur a donné des tableaux vierges sur la semaine et de voir leur point de vue par rapport aux contraintes de chacun, de ce que eux ils auraient mis dans les cases, pour les trois côtés. Pour les IADE, c'est compliqué de faire de la pédiatrie après de l'adulte, il faut changer toute la machine. Côté réveil, justement elles savent bien le temps passé en salle de réveil donc ce qu'il ne faut pas mettre en face. Du côté bloc, plutôt matériel, ampli, microscope des choses comme ça. On leur explique bien que ce qui est mis dans les cases ce n'est pas forcément ça qui serait ça qui serait accordé, mais prendre en compte ce qu'il ne fallait pas faire surtout. C'est le coordonnateur qui leur a donné comme ça en blanc en leur disant mettez ce que vous voulez. Et après moi, il y a pas longtemps je leur ai dit si c'est trop dur de mettre dans les cases, faites l'inverse, dites nous ce qu'il ne faut surtout pas faire. Finalement c'est peut-être juste ça qu'il vous faut après tout vous vous en fichez que ce soit de l'ORL ou de l'uro. Beaucoup ressentent qu'ils sont intégrés dans les décisions, ce n'est pas directif.

Il y en a d'autres qui ne le perçoivent pas comme ça et qui sur le coup et je l'ai entendu qui disent « et en plus faut qu'on fasse le boulot ». Donc il faut leur expliquer, ben non là vous avez les cartes entre vos mains, vous avez la chance de pouvoir décider, parce que rien n'est fait, même au niveau des horaires, s'il faut changer d'horaires, rien ne nous sera imposé, c'est à nous de justifier que ça se serait plus adapté qu'autre chose. Mais oui certains l'avaient perçu dans l'autre sens.

Le management directif s'est imposé très récemment, par rapport au fait que les iade ont un cours commun tous les vendredi matin de 7h30 à 8h30, ce qui décale le début du

programme. A l'UCA, normalement le programme débute à 8 heures, bon là aussi c'est une autre discussion mais on a un petit peu de mal avec le milieu médical pour que tout le monde soit là, mais du coup leur demande était de pouvoir assister à l'UCA elles aussi aux cours du bloc commun. Du coup, le coordinateur a reçu les IADE en leur expliquant d'une manière directive en leur disant non que ce ne serait pas possible de décaler à 8h30, par contre ce que je vous propose vous les IADE de tourner ce jour là, car on a deux IADE dédiées sur l'UCA et de se dire que le vendredi il faut que vous tourniez et que celles qui sont à l'UCA ce jour là n'assistent pas aux cours, mais la fois suivante ce sera deux autres. Elle a proposée une autre solution qui n'est pas celle demandée au départ mais en leur disant non à l'heure actuelle, on ne peut pas se permettre de démarrer plus tard et d'enlever un patient. Du coup on est en train de voir à qu'elle heure ça se termine vraiment le vendredi, voir si même en décalant à 8h30, ça permettrait pas de faire le même nombre de patients en étant toujours dans les bons horaires. Donc là les IADE s'en chargent. Elles vont faire ça sur un mois pour pouvoir dire si oui ou non c'est vraiment embêtant ou pas qu'on démarre à 8h30.

Le management coopératif se fait beaucoup, car on parle beaucoup avec la cadre de SSPI, le médecin coordonnateur. Les médecins participent aux réunions qui impliquent toutes les spécialités. Par exemple, au mois de novembre, on voulait faire un point. On a fait une journée où il n'y avait pas de bloc, donc nous on en a profité pour faire des cours aux IBODE et l'après midi c'était plutôt discussion etc...Et normalement, il y avait chaque référent de chaque spécialité. Ils sont impliqués comme ça, après moi je parle à ceux qui sont là mais c'est des échanges comme ça c'est informel. Et par contre parfois, il y a des réunions où il y a juste notre coordonnateur, c'est un peu ciblé. Nos secrétaires hospitalières et médicales sont en contact avec les admissions quand il y a un problème, qu'elles ont admis un patient et qu'elles n'auraient pas du, ou un problème de nom, moi j'avoue que la cadre qui est responsable de ses filles là moi je ne la connais pas. Les secrétaires médicales gèrent les problèmes de pré-admission, mais encore une fois parce que ce sont des filles qui sont là depuis très longtemps, c'est pour ça que je vais leur donner un questionnaire et je ne suis pas convaincue que si on avait une secrétaire lambda, elle s'en chargerait. Il y a des choses comme ça qui sont faites parce que l'on a envie que ça fonctionne bien.

Le mode de communication est mis en place par des réunions de groupe de paroles où chacun peut s'exprimer. Depuis que je suis là il y en a déjà eu trois, donc, avec le coordonnateur avec un vrai sujet derrière. Après au niveau paramédical, on s'est déjà rencontré soit avec les infirmières soit avec les aides-soignantes pour des problèmes internes. Et puis, sinon on essaye aussi de faire des cours quand il y a des nouvelles chirurgies qui arrivent, par exemple en uro des TVT, ce qu'ils ne faisaient pas avant, en ortho, il va faire la ligamentoplastie, pareil il y a des cours, on essaye d'organiser tout ça. Je trouve que c'est quand même une façon de les impliquer dans le changement et de leur montrer que leur compétence est reconnue si l'on trouve que c'est important qu'ils comprennent ce qu'ils font.

Q : Faites-vous une présentation des résultats d'activité ?

Me L : Non, il n'y a pas d'affichage, de chose comme ça. Ils savent tous les ans que le nombre de patients augmente, ce sont les premiers à s'en rendre compte. Toutes les semaines, on sait combien de patients sont programmés, mais l'équipe ne sait pas combien de patients sont sortis, hospitalisés en conventionnels, revenus.

Q : Comment est reconnu le travail des équipes ?

Me L : Souvent à l'occasion de ces réunions. Les représentants et la coordinatrice leur disent souvent que vraiment il y a toujours un bon écho de l'UCA, que les patients le disent aussi quand ils les revoient en consultation. Il y a ceux qui leur disent directement en salle, qui disent le matin je suis content de venir à l'UCA.

Q : Sur quelles stratégies vous-êtes vous appuyées pour motiver l'équipe à accepter les changements ?

Me L : Le management participatif, la communication, l'implication des acteurs dans les cours et puis le 20 mars à la prochaine réunion avec le médecin coordonnateur par rapport à ses vac. Moi j'ai dit aux infirmières, ce qui serait bien c'est peut-être pas que toute l'équipe revienne à la réunion, c'est pas forcément utile, mais qu'il y ait peut être un représentant de chaque corps qui justement vienne avec son avis de ce qu'il ne faudrait pas faire, qui écoute ce qui se dit et qui puisse faire redescendre l'info. Encore une fois, c'est pour leur montrer qu'il n'y a pas de choses faites dans leur dos et que leur avis nous importe énormément parce que c'est eux qui ont la connaissance du terrain de chaque côté.

Q : Qu'est ce qui est mis en place pour développer leur autonomie ?

Me L : C'est une équipe autonome en UCA dans la mesure où par exemple le cadre de SSPI ne vient pas en permanence. Là, il est passé ce matin mais il ne passe pas tous les jours. Les IADE, c'est pareil leur cadre n'est pas là en permanence, c'est elles qui gèrent toutes les commandes, tous les problèmes etc... Après, IBODE, aide-soignant tout le monde sait ce qu'il a à faire, mais comme je suis là, elles me demandent, mais non non, si je ne suis pas là elles sont capables de faire. Si je ne suis pas là ce n'est pas la panique. Moi le mercredi après midi je ne suis pas là, je suis là à 90 %, donc encore une preuve qu'elles savent bosser même quand je ne suis pas là et vraiment pour un problème grave qu'ils ne sont pas aptes à prendre ils m'appellent sur mon portable. Il y a même une ou deux qui est capable d'envoyer un fax de faire une commande en urgence. Les numéros importants des services techniques on les met. L'autonomie se joue sur l'ancienneté énormément, mais les autres ce sont des problèmes à leur portée, je parle du côté bloc, si c'est un problème de clim, elles savent qui il faut appeler, si c'est un problème de matériel, elles savent ce qui peut être pris au bloc commun et ce qui n'est pas faisable. Du côté administratif, il y a des secrétaires qui sont là depuis très longtemps notamment une des deux qui connaît ça par cœur. Après elles ont aussi les numéros de la cadre de pôle qui est la supérieure et puis il y a mes autres collègues cadres. Côté aide-soignant ils vont se référer à l'infirmière et c'est pareil ils sont hyper pertinents en fait par rapport à une équipe lambda et ils ont envie de garder cette autonomie pour la plupart. Il y en a qu'une ou deux qui n'ont pas forcément leur place. Ca va parce que c'est dans le groupe, mais si c'était à refaire ce serait à moi de les reprendre je ne trouve pas que le profil soit forcément idéal.

Q : Et le développement des compétences, serait-il une stratégie motivationnelle pour les équipe ?

Gros blanc....

Pour les évaluations de fin d'année, moi je les connaissais à peine, mais on voit un profil assez vite. Une est plutôt intéressée par l'encadrement des étudiants, qui fait le tutorat, donc c'est plus son dada. Une autre qui a demandé à s'occuper de l'hygiène donc elle va aux réunions d'hygiène, mais il se trouve que finalement il n'y en a pas tellement. Dans le travail on se rend compte qu'être en salle, préparer les interventions pour les autres jours, il y a très peu de temps où elles peuvent se poser et passer deux heures sur un sujet.

Après, il y en a une autre où d'elle-même elle s'est rendue compte que c'était impossible de travailler sans inventaire, avec qui on avance bien. Et en parlant juste avec elle, les autres se greffent. Certains pensent encore que c'est « enquiinant » mais quand tout sera finalisé, je pense qu'ils comprendront. L'entretien a permis d'élaborer des objectifs individuels et le commun était l'augmentation d'activité. On ne pouvait pas en demander plus, car on était en pleine période de méconnaissance de ce qui allait se passer. Donc concrètement je ne pouvais pas leur demander d'accepter autre chose de plus que juste d'accepter que ça allait encore augmenter et on ne savait pas de quelle façon. Objectif individuel, certains l'expriment, d'autres ne savent pas spécialement, donc on essaye de trouver des sujets. Par exemple, j'en ai une qui est là depuis longtemps, qui est plutôt en retrait mais qui a sûrement un gros potentiel, et bien on lui a proposé de réaménager un peu le stock de sté. Après il y a ceux qui pensent qu'ils ne sont pas capables aussi, alors il faut les prendre par la main. Côté aide-soignant, ils étaient déjà autonomes du fait qu'ils avaient déjà leur commande dédiée. Il y en a qui s'occupaient de la lingerie, une autre qui a tout de suite compris qui a repris le relais d'un aide soignant qui est parti en dispo, avec qui il n'y a pas de heurt. Il y en a un autre qui est là depuis moins de temps, qui n'a pas ces responsabilités là mais qui est bon en informatique et qui aide les autres au quotidien et c'est sa façon de participer. Pour moi ce n'est pas toujours des trucs écrits noir sur blanc. Si j'ai une infirmière qui a plus d'expérience dans un domaine et qui peut transmettre, juste ça c'est énorme pour le reste de l'équipe. Tout n'est pas formalisé.

Q : Concernant la qualité de vie au travail ?

Me L : Les vacances sont imposées, ce qui n'empêche pas que les agents ont encore des jours à poser. Le seul truc que je leur ai dit c'est que de chaque côté, on a des gens à temps partiel. Dans chaque équipe, il y a deux jours par semaine où il manque un agent. Je leur ai dit que ce n'était plus possible de poser une semaine complète de congés en dehors des vacances. Des jours de temps en temps pas de souci, mais une semaine complète je trouvais que ça reportait sur toute l'équipe, sur la fatigue, il n'y a pas de personne supplémentaire pour faire les repas, pour faire avancer les caddies, pour aller au bloc commun quand il faut. Et au bout d'une semaine, ça fait long et parce que ces TP sont aussi dus, parce qu'ils ont des enfants en bas âge. Donc des journées enfant malade ils en ont tous eues, ils ne peuvent pas dire le contraire et du coup ça pénalise encore plus, ce qui fait que moi il y a eu des journées où c'est moi qui ai dû aller en salle parce qu'il n'y avait

personne. Dépanner parce que l'on est dans l'urgence ok, mais se créer nous même le problème en accordant une semaine et que tout le monde en pâtisse derrière non. C'est sur que ça n'a pas forcément été bien pris par tout le monde parce que c'était un acquis, c'était peut-être possible avant mais bon voilà, mais moi je trouvais ça plus juste. C'est aussi que tout le monde puisse avoir sa pause repas, puisse avoir quand c'est possible une pause le matin parce que le rythme est très soutenu et entre celles qui fument ou celles qui ont pas pris leur petit dèj, quand elles peuvent faire une coupure il n'y a pas de souci. C'est aussi leur permettre d'aller à la gestion faire un truc dans l'hôpital. Il n'y a pas de flicage, chacun est sensé savoir ce qu'il a à faire. Comme c'est petit, tout le monde est compétent sur tout sauf que par jour finalement tout le monde a son rôle dédié.

Me D : Merci pour votre participation.



Diplôme de Cadre de Santé DCS@14-15

Mémoire

ABSTRACT

DURO Géraldine

MOTS CLES

Chirurgie ambulatoire-Motivation-Cadre de santé-Efficience- Organisation cadrée- Qualité des soins.

RESUME

En France, le recours à la chirurgie ambulatoire est encore trop peu fréquent malgré sa progression ces dernières années. La politique nationale de santé encourage fortement le développement de cette pratique et se fixe comme objectif d'atteindre 62% des actes opératoires pratiqués en chirurgie ambulatoire.

Cette pratique ne nécessitant pas de nuit d'hospitalisation présente des avantages en termes de qualité de prise en charge des patients.

Pour les établissements de santé, elle est un moyen de maîtrise des dépenses.

C'est alors que dans un contexte d'efficience, l'hôpital doit se réorganiser pour participer à l'essor de la chirurgie ambulatoire. L'optimisation de ce service passe par une organisation très cadrée. Elle est l'élément clé de la réussite.

Encore trop peu ancrée dans la culture hospitalière, des conduites de résistance aux changements individuels et collectifs apparaissent. Les professionnels ressentent une perte de qualité des soins qu'ils prodiguent et leur motivation est altérée.

Le cadre de santé, acteur impliqué dans ces changements, doit maintenir la motivation de son équipe.

Mais alors, quels sont les outils qu'il utilise pour mener à bien cette fonction parfois complexe ?



Diplôme de Cadre de Santé DCS@14-15

Mémoire

ABSTRACT

DURO Géraldine

MOTS CLES : Ambulatory Surgery- Motivation- Nurse Manager- Efficiency- Change- Cadre Organisation- Care Quality.

RESUME

In France, the use of Day Surgery is still too underdeveloped. The National Policy for Public Health strongly encourages the expansion of this practice and aims to reach 62 per cent of operating procedures realized in Day Surgery Unit by 2020.

For this type of operation, the patient does not have to go to hospital the night before the operation.

That is an important progress and advantage as regards to the quality of care of the patient.

For the Health Structures, this method leads to a much better supervision of expenses.

In this context of efficiency, the Hospital is bound to reorganise itself to participate in and encourage the expansion of Day Surgery Unit.

The optimization of this activity has to be strictly supervised by a manager.

A good organization is the Main Key to success.

As it is not well integrated in hospital culture, behaviours of resistance to change among groups and individuals appear.

Healthcare professionals are affected by a feeling of worse quality of cares regarding to treatments they perform on their patients and see their motivation decrease.

The Nurse Manager, largely involved in these changes, has to reinforce and maintain her team's involvement.

But then, what are the tools used to succeed in such a complicated task?

