

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

Projet managérial

ECUE 3.2

Dominique Letourneau
Isabelle Robineau-Fauchon

**« Conduite d'un projet d'optimisation d'hôpital de
jour médico-chirurgical »**

Sandrine LE BOT
Année 2017/2018

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES | 3 |
| INTRODUCTION | 5 |
| PARTIE 1 – DIAGNOSTIC | 7 |
| 1. L’hôpital dans un environnement | 7 |
| 1.1. National | 7 |
| 1.2. Territorial | 10 |
| 1.2.1. Historique de l’établissement | 10 |
| 1.2.2. Le positionnement géographique et démographique | 11 |
| 1.2.3. L’intégration à un groupement hospitalier de territoire | 12 |
| 2. Organisation du Centre Hospitalier Erdre et Loire | 13 |
| 2.1. L’organigramme | 13 |
| 2.2. Le projet d’établissement | 14 |
| 2.3. La dynamique qualité | 15 |
| 2.4. Le contexte financier et d’activité | 17 |
| 2.4.1. Le contrat de retour à l’équilibre financier | 17 |
| 2.4.2. Activité en 2017 | 18 |
| PARTIE 2 – LE DEVELOPPEMENT DE L’HOSPITALISATION DE JOUR | 19 |
| 3. Les enjeux | 19 |
| 3.1. Problématique et questionnements | 19 |
| 3.2. L’hôpital de jour et la prise en charge ambulatoire | 20 |
| 3.2.1. Définitions | 20 |
| 3.2.2. Cadre législatif | 22 |
| 3.3. L’hôpital de jour du CHEL | 24 |
| 3.3.1. Son articulation avec l’unité d’hospitalisation à temps complet | 24 |
| 3.3.2. Les différentes activités | 25 |
| 3.3.3. Les effectifs | 26 |
| 3.3.4. Les indicateurs d’activité | 27 |
| 3.3.5. Analyse de l’état des lieux | 29 |
| 4. Les différents <i>scenarii</i> étudiés pour son développement | 36 |
| 4.1. La particularité de la gériatrie | 36 |
| 4.2. Augmenter la capacité d’accueil de l’hôpital de jour | 38 |
| 4.2.1. En utilisant l’unité de Médecine Post-Urgence | 38 |
| 4.2.2. En utilisant l’unité de chirurgie à temps complet | 39 |
| 4.3. Diversifier les parcours patients | 39 |

| | |
|--|-----------|
| PARTIE 3 – L’ACCOMPAGNEMENT DE LA DIVERSIFICATION DES PARCOURS PATIENTS | 40 |
| 5. La prise en soins adaptée en hôpital de jour | 43 |
| 5.1. Les différents parcours patients selon les spécialités | 43 |
| 5.1.1. L’accompagnement des professionnels paramédicaux | 43 |
| 5.1.2. L’intégration des médecins au projet | 47 |
| 5.1.3. Une innovation organisationnelle | 48 |
| 5.2. Adapter la capacité d’accueil aux besoins | 48 |
| 5.3. Les compétences nécessaires | 50 |
| 5.3.1. Paramédicales | 50 |
| 5.3.2. L’harmonisation des pratiques | 56 |
| 5.3.3. Les formations | 57 |
| 5.4. Les recommandations de l’ANAP | 59 |
| 6. Les opportunités de la coordination | 61 |
| 6.1. Les outils de la coordination | 63 |
| 6.1.1. Outils internes | 63 |
| 6.1.2. Outils externes | 67 |
| 6.2. Les acteurs de la coordination | 69 |
| 6.2.1. Acteurs internes | 69 |
| 6.2.2. Acteurs externes | 73 |
| 7. Les points de vigilance et facteurs de réussite | 75 |
| 7.1. Les points de vigilance | 75 |
| 7.2. Les facteurs de réussite | 76 |
| CONCLUSION | 78 |
| BIBLIOGRAPHIE | 80 |
| ANNEXES | |

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ARH : agence régionale d'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant(e)
CDU : commission des utilisateurs
CHEL : centre hospitalier Erdre et Loire
CHT : communauté hospitalière de territoire
CHU : centre hospitalier universitaire
CME : commission médicale d'établissement
COFIL : comité de pilotage stratégique
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
CRAM : caisses régionales d'assurance maladie
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP : code de la santé publique
DDASS : direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS : durée moyenne de séjour
DRASS : direction régionale de l'action sanitaire et sociale
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FHF : fédération hospitalière de France
FMEPSP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHT : groupement hospitalier de territoire
GRACE : groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie
GRSP : groupements régionaux de santé publique
HAD : hôpital à domicile
HAS : haute autorité de santé
HDJ : hôpital de jour
HPST : hôpital patient, santé, territoire
HTC : hospitalisation à temps complet
IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'état
INSEE : institut national des statistiques et des études économiques
IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
LMNSS : Loi de modernisation de notre système de santé
MNSS : modernisation de notre système de santé
MPU : médecine post-urgence
MRS : missions régionales de santé
OD : *Organization Development* (courant du développement de l'organisation)
ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
PAQSS : programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
PIB : produit intérieur brut
PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale
PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile
PRS : plan régional de santé
RAC (ou RAAC) : récupération améliorée après chirurgie
SAE : statistique annuelle des établissements

SPH : service public hospitalier
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SPTS : service public territorial de santé
UCA : unité de chirurgie ambulatoire
URCAM : unions régionales des caisses d'assurance maladie
USLD : unité de soins longue durée

INTRODUCTION

Infirmière depuis 1998, après avoir travaillé dans différentes cliniques nantaises pendant trois années, mon choix s'oriente vers le secteur public ; j'intègre alors un centre hospitalier universitaire (CHU). En effet, les missions de l'hôpital public correspondent à mes valeurs soignantes, à savoir l'accueil de tous, sans condition financière et surtout sans intention lucrative.

En 2006, je me dirige vers la fonction de cadre, avec un poste de faisant-fonction cadre de santé en unité de maladies infectieuses et tropicales. Infirmière un jour, cadre le lendemain... le changement est brutal, malgré un accompagnement par une collègue cadre et un tutorat m'aidant à prendre du recul sur les situations du quotidien.

Je découvre alors les problématiques liées à la continuité de service et à la sécurité des soins, comme je ne les avais pas envisagées auparavant. Effectivement, les arrêts de travail sont courants, avec des délais de prévenance parfois très courts. L'équipe est essentiellement composée de jeunes professionnelles, soumises à une charge de travail importante, des prises en soins très spécifiques et nécessitant des connaissances approfondies. Ce cumul de facteurs entraîne des heures supplémentaires nombreuses quotidiennement et une collaboration avec les médecins parfois difficile. Je prends alors conscience de quelques missions du cadre, notamment en termes de responsabilités sur la qualité des soins prodigués. De plus, je peux me rendre compte de l'importance de la posture et du positionnement du cadre, ainsi que de l'impact des propos tenus et du devoir d'exemplarité.

Après avoir obtenu mon diplôme de cadre de santé, j'exerce dans plusieurs unités : hospitalisation à temps complet, consultations, équipe centralisée de brancardage.

Pendant ces années, j'étoffe ma conception de la fonction de cadre, j'affirme mon positionnement et j'apprends à dire non. Durant la même période, le contexte stratégique et financier des établissements de santé publique, ainsi qu'un plan de retour à l'équilibre visant le CHU, m'amènent à modifier mes pratiques et mes façons d'envisager les soins en service public. Les contraintes budgétaires entraînant des non-remplacements en cas d'absentéisme constituent un véritable "tsunami" dans la gestion des ressources humaines.

Par ailleurs, la mise en pôle, déjà initiée depuis 2001 est organisée de façon cadrée et fonctionne parfaitement avec des directives descendantes claires.

Cependant, je souhaite découvrir un établissement de taille moins importante, avec plus de proximité entre les acteurs et moins de strates hiérarchiques. J'opère alors une mutation professionnelle vers un hôpital de proximité. Le changement souhaité se révèle au-delà de mes attentes. Alors que je n'avais probablement pas mesuré la différence entre les deux établissements, je découvre une autre façon de travailler, avec des personnels principalement proches géographiquement, un environnement rural et un attachement spécifique à l'hôpital. Quant à ma position hiérarchique de cadre de santé, je me trouve en lien direct avec la directrice des soins, ayant parfois directement le directeur général au téléphone, tout comme le directeur des ressources humaines. Un fonctionnement polaire y est décrit mais non effectif, avec les mêmes acteurs se retrouvant dans les instances et donc très présents dans la vie de l'institution. En raison de la taille de l'établissement, j'observe des enjeux de pouvoir et des alliances plus visibles.

Mon périmètre d'activité actuel est la chirurgie à temps complet, la médecine post-urgence, le secteur des consultations externes et l'hôpital de jour médico-chirurgical. En raison d'un contexte financier fragile, l'hôpital est soumis à un contrat de retour à l'équilibre financier depuis 2016.

L'instauration du groupement hospitalier de territoire (GHT) et de nouveaux partenariats médicaux en 2017 permettent de donner un nouveau souffle à l'hôpital et favorisent l'arrivée de nouveaux médecins. Le processus initié a pour objectif de favoriser l'accroissement des soins en externes, mais également les actes en chirurgie ambulatoire, en somme de développer l'activité en hôpital de jour.

Ce développement implique une modification de l'organisation actuelle poursuivant plusieurs finalités :

- fluidifier les parcours patients en favorisant leur *turn-over* et répondre aux problématiques de places déjà existantes sur certains jours ;
- optimiser l'utilisation des places déjà existantes ;
- favoriser un accroissement d'activités sur l'ensemble de la semaine ;
- augmenter la qualité de prise en soins ;
- valoriser l'autonomie des usagers et le patient comme acteur de son parcours.

La présentation de cette problématique s'articulera autour de plusieurs axes :

D'abord un rappel du contexte national, régional et institutionnel.

Puis, une présentation spécifique de l'hôpital de jour : sa réglementation, ses enjeux, les différents *scenarii* envisagés.

Ensuite, une analyse des accompagnements que cette transformation d'organisations nécessite, avec notamment son impact sur les différents acteurs et la question des enjeux de la coordination.

Enfin, les points de vigilance et facteurs de réussite dans la mise en œuvre de ce projet.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

1. L'HOPITAL DANS UN ENVIRONNEMENT

1.1. NATIONAL

Comme le soulignent Pierre-Henri Maders, Elisabeth Gauthier et Cyrille Le Gallais, « *conduire un projet signifie avoir le comportement le plus approprié à chaque contexte (...)* », c'est-à-dire mobiliser la capacité à « *intégrer les spécificités de l'environnement (...), s'intégrer dans la culture, les croyances et les coutumes propres à chaque contexte, et ainsi pouvoir faire bouger les choses* »¹.

Afin de comprendre et prendre en compte le contexte de la santé actuel, ainsi que celui de l'établissement dans lequel j'exerce, nous allons expliciter les évolutions de la santé en France. Pour ce-faire, il convient tout d'abord de présenter un aperçu des mesures en santé les plus marquantes, en lien avec le centre hospitalier Erdre et Loire (CHEL) et l'objet de ce travail.

Les dépenses de santé représentent une part importante du budget de l'État français. En 2015, elles correspondent à 12% du produit intérieur brut (PIB) de la France. La progression de la part courante des dépenses de santé est supérieure à l'évolution du PIB. Nous pouvons noter un ralentissement depuis les années 2010, même si la croissance reste supérieure à celle du PIB. Il est à remarquer que les soins hospitaliers représentent la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux², ce qui constitue donc un pourcentage important.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le ralentissement des dépenses. Depuis les années 90, nous observons un virage quant aux lois de finances de la santé et une réglementation qui vise à maîtriser les coûts. En effet, c'est à la fin des années 80 que Philippe Seguin, ministre de la santé et des affaires sociales entre 1986 et 1988, va déclarer la maxime « *la santé n'a pas de prix mais elle a un coût* ». Les réformes vont alors toutes aller dans le sens de la maîtrise de ce coût financier.

Tout d'abord, plusieurs outils de suivi et d'analyse des établissements de santé sont mis en place dans les années 90 afin d'observer et de réguler les frais liés aux établissements hospitaliers.

La statistique annuelle des établissements (SAE), lancée en 1995 est l'une des principales sources de données sur les établissements de santé (hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées). Elle a pour objectif, notamment de recueillir des indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation. Elle permet ainsi une analyse de l'activité des établissements de santé, en regard des moyens alloués ; mais également l'alimentation d'indicateurs des tableaux de bord et de suivi d'activité.

La création de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en 1997, avec les ordonnances Juppé, est un outil de régulation de ces dépenses. L'enveloppe est votée par le parlement, qui fixe un objectif de dépenses de l'assurance maladie.

En parallèle, nous assistons à une succession des réglementations concernant les établissements hospitaliers.

La première correspond à la loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière. Il s'agit ici d'une loi de rupture par rapport au fonctionnement antérieur. Elle prévoit notamment la création des schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS), établit l'obligation du projet d'établissement pour les

¹ MADERS H.P., GAUTHIER E., LE GALLAIS C. : Conduire un projet d'organisation- guide méthodologique- Editions d'organisation, deuxième édition, 2001, p13

² COUHERT M., (directeur du GHMF, sources DREES pour la dépense courante de santé, INSEE pour le PIB), Allocations des dépenses de santé, In : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 03-10-2017,

hôpitaux publics, définit la notion de contrat d'objectif et de moyens et fixe pour les cliniques l'objectif quantifié national (OQN).

Ensuite, sont édictées les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Celles-ci sont axées sur les mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Ces ordonnances, dites Juppé, introduisent la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Puis, le 7 avril 1997, est publié le décret relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'ANAES dont la mission est alors définie de la manière suivante : « *favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation* »³. Ce texte positionne l'ANAES comme un des acteurs fondamentaux dans la prise en compte de la qualité et la sécurité des soins. Il favorise l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment par la certification des établissements de santé. Cette structure n'existe plus à part entière, elle a été regroupée avec d'autres commissions au sein de la haute autorité de santé (HAS) en 2004.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, précise quant à elle le droit à l'information du patient. Cette loi représente un point important sur l'attention portée à l'usager en tant qu'acteur de sa santé.

Par la suite, l'ordonnance du 4 septembre 2003, dite de simplification administrative, élaborée dans le cadre de la réforme Hôpital 2007, oriente les actions vers un développement des soins de proximité et une valorisation de l'extrahospitalier (notamment l'hospitalisation à domicile : HAD), afin de lutter contre les zones sous-médicalisées. Elle renforce par ailleurs le rôle des agences régionales d'hospitalisation (ARH), avec la planification de l'offre sanitaire régionale, à travers la rédaction, en partenariat avec tous les professionnels de santé, des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).⁴ De plus, elle introduit la tarification à l'activité (ou T2A), reposant sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective, ce qui détermine les ressources allouées. Ce mode de fonctionnement modifie profondément le contexte de financement des établissements publics de santé. Cette mesure est remise en cause par l'actuel gouvernement, le premier ministre, Edouard Philippe, ayant annoncé le 13 février 2018 une réforme globale du système de santé et promis que de nouveaux modèles de financements seraient introduits d'ici à la fin de l'année 2019⁵.

En outre, l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, également appelée « nouvelle gouvernance », recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et instaure la mise en place de pôles d'activités.

Ce fonctionnement polaire introduit un changement culturel profond dans le management hospitalier, par l'apparition de la notion de projet d'établissement, du responsable de pôle et d'une réelle collaboration entre les praticiens et les gestionnaires.

³ Décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code ; disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381075&categorieLien=id>, site consulté le 22-11-2017.

⁴ L'ordonnance 2003-850 prévoit des transferts de compétences en faveur des ARH, la suppression de la carte sanitaire, la simplification des formules coopération sanitaire et l'accélération de l'investissement immobilier. Le 30 septembre 2003 Jean-François Mattei présente le plan Urgences pour la rénovation des services d'urgence hospitaliers entre 2004 et 2008, d'un coût global de 489 millions d'euros et comportant la création de 10 000 postes. Le plan prévoit : le développement des hôpitaux locaux dans le cadre de la lutte contre la pénurie d'équipements dans les zones sous-médicalisées (...), le développement de 160 équipes mobiles de gériatrie, la création ou le redéploiement de 15 000 lits de soins de suite ("lits d'aval"), le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) afin d'atteindre une capacité totale de 8 000 places d'ici 2005. <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>, direction de l'information légale et administrative, publié le 30-08-2013, mis à jour le 26-09-2013, site consulté le 05-10-2017.

⁵ Article Le Monde Qu'est-ce que la T2A qui cristallise les tensions à l'hôpital, 13-02-2018, disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2a-qui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html, site consulté le 03-05-2018

En précision, la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) s'inscrit dans un objectif de garantir l'accès aux soins de qualité sur tout le territoire. Ce texte crée les agences régionales de santé (ARS) qui exercent une fonction de contrôle, notamment à travers le SROS, sur les cliniques privées, les hôpitaux publics, les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Les ARS se substituent aux ARH, aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), aux missions régionales de santé (MRS), aux groupements régionaux de santé publique (GRSP), ainsi qu'aux services sanitaires des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

Par ailleurs, cette loi promeut la coopération des hôpitaux publics avec les cliniques privées ou avec les professionnels de santé libéraux par le biais de groupements de coopération sanitaire (GCS) et encourage des regroupements d'hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières de territoire (CHT) créés en 1996, mais renforcés ici⁶.

La loi HPST vient réaffirmer le principe de l'organisation polaire en y apportant quelques modifications portant sur l'organisation plus souple de ce nouvel organe décisionnaire.

Ce fonctionnement en pôles permet le développement d'une stratégie médicale et l'exercice de la gestion, sous la responsabilité du chef de pôle, par un trio constitué du médecin, du cadre soignant et de l'assistant de gestion. Selon Le Management Hospitalier du 8 février 2011, « *ce nouveau mode de management de la santé a le mérite de la transparence et de la précision : ce qui est indispensable au pilotage des activités et au suivi des coûts* »⁷.

De plus, la loi du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé (MNSS), apporte des évolutions à la loi HPST, en la renforçant sur de nombreux aspects. Elle ancre l'hôpital dans son territoire, en remplaçant les communautés de territoire par des groupements hospitaliers de territoires (GHT) et elle refonde le service public hospitalier (SPH).

De nos jours...

Le Monde du 22 octobre 2017 débute son article intitulé « *La ministre de la santé dévoile ses pistes pour réduire le déficit global de la "Sécu"* » par la phrase : « *la chasse aux économies est lancée* ». Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, estime à 30 % les dépenses de l'assurance maladie comme non pertinentes. Elle évoque les « *actes inutiles dans les hôpitaux* » qu'il conviendra de réduire. Elle évalue à un milliard d'euros l'économie possible à réaliser dans les hôpitaux, en « *mutualisant certaines dépenses* ».

Par ailleurs, la ministre de la santé précise la réforme du mode de financement des hôpitaux en intégrant des « *modes de tarification centrés sur la pertinence des soins* », notamment par « *un bonus, un intéressement dès lors qu'ils répondront aux objectifs de qualité, de pertinence et d'efficacité* ».

Enfin, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), elle explique les objectifs d'économies et de « *meilleure utilisation des ressources* ». L'un des axes principaux consiste à favoriser l'ambulatoire : « *En chirurgie, par exemple, l'objectif est qu'en 2022, sept patients sur dix qui entrent à l'hôpital le matin en sortent le soir, contre cinq aujourd'hui, explique la ministre. Nous allons fermer les lits qui ne servent à rien ou les réorienter vers de nouveaux besoins (...)* »⁸.

Cette politique de santé s'inscrit dans la continuité du « *virage ambulatoire* ». Cette orientation est initiée depuis plusieurs années. En effet, Mme Marisol Touraine, en 2015 utilisait déjà ce terme.

Dernière en date, la loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 précise les orientations nationales en termes de santé. L'article 51, qui modifie l'article L.162-31-1 du

⁶ CALVEZ Catherine, La loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires (2009) Dossier documentaire Rédaction, Date d'édition : 22 février 2016, https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/02/DD_LoiHPST_201602.pdf, site consulté le 05-10-2017

⁷ Article Le Management Hospitalier, du 8-02-2011, <http://www.revue-hospitaliere.fr/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER>, site consulté le 10-04-2018

⁸ Le monde : la ministre de la santé dévoile ses pistes pour réduire le déficit global de la santé, article du 21-10-2017, disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/22/la-ministre-de-la-sante-devoile-ses-pistes-pour-reduire-le-deficit-global-de-la-secu_5204322_1651302.html, site consulté le 22-11-2017

code de la santé sociale, élargit les possibilités de recours à l'expérimentation, notamment pour « *permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours du patient, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ; organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ; développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires (...)* »⁹. Ces expérimentations seront soumises à autorisation et pourront bénéficier, en cas d'accord, d'un « *fonds de financement d'expérience* ».

Les actions de coordination et d'innovation sont donc fortement encouragées par cette loi.

Après avoir observé le contexte national, nous allons à présent nous intéresser au contexte territorial et de l'établissement qui nous intéresse spécifiquement.

1.2. TERRITORIAL

1.2.1. HISTORIQUE DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier Erdre et Loire est situé à Ancenis, dans les Pays de la Loire, plus précisément en Loire-Atlantique. Il est positionné entre deux CHU positionnés l'un à Angers et le second sur Nantes.

Sous le nom d'Aumônerie ou Maison-Dieu, le premier hôpital d'Ancenis a été fondé en 1297. L'Hôtel-Dieu d'Ancenis devient Hôpital Général d'Ancenis le 24 novembre 1680. Une Communauté des Sœurs Hospitalières est fondée en 1683, puis dissoute en 1774. En 1790, le conseil municipal d'Ancenis déclare l'hôpital propriété de la commune. En 1808, des religieuses prennent la direction de l'hôpital. Pendant plus de 100 ans, de 1808 à 1935, l'administration temporelle de l'hôpital d'Ancenis reste entre les mains de ces religieuses. Le vieil hôpital disparaît en 1910 après près de 600 ans d'existence¹⁰.

La construction du Centre Hospitalier Francis Robert, du nom de son riche bienfaiteur, remonte à 1910. Les premiers lits de Maternité datent de 1943. De 1967 à 1980, de nombreuses transformations se succèdent : installation du service de Médecine et son extension, édification du service de longue durée...

Le 1er janvier 2003, une convention de direction commune est signée entre le centre hospitalier d'Ancenis (44), l'hôpital de Candé (49), l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'Oudon et celui de Varades (44).¹¹

Le 1er janvier 2017, cette direction commune devient fusion et crée le centre hospitalier Erdre et Loire (CHEL). Ce changement augmente de façon importante le nombre de lits du CHEL en intégrant le médico-social au sanitaire. En effet, il passe de 225 lits et places avant la fusion à 476 désormais, ce qui renforce son positionnement sur le territoire de santé.

Nous allons ici évoquer ce territoire, dans un premier temps de façon assez éloignée, sur la région Pays de La Loire, puis plus spécifiquement autour du bassin de population d'Ancenis et ses environs.

⁹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/texte>, site consulté le 18-05-2018

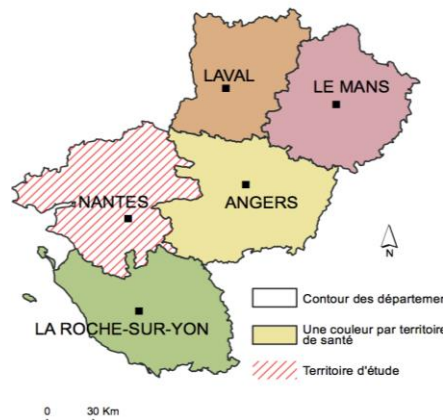
¹⁰ Étymologie et histoire d'Ancenis, disponible sur : <http://www.infobretagne.com/ancenis.htm>, site consulté le 18-11-2017

¹¹ L'historique du centre hospitalier d'Ancenis, Archives Today, disponible sur : <http://archive.is/lAVF#selection-413.0-435.606>, site consulté le 18-11-2017

1.2.2. LE POSITIONNEMENT GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

► Territoire de santé : Loire-Atlantique

► Région : Pays de la Loire



Selon les chiffres de l'observatoire régional de la santé, pour les habitants des Pays de la Loire, la tendance globale des années passées est plus favorable que la moyenne nationale. Cette avance tend à se réduire significativement ces dernières années. « Dans ce contexte, la stabilité et, pour certaines pathologies très fréquentes, la hausse prévisible des taux de morbidité régionaux, conjuguées à l'augmentation et au vieillissement de la population, risquent de se traduire dans la décennie à venir par des besoins de soins notablement accrus »¹².

De plus, nous constatons un taux d'hospitalisation important en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (1 ligérien sur 6 est hospitalisé au moins une fois dans l'année dans un de ces services. Nous notons une augmentation de 1,3 % entre 2009 et 2015, augmentation plus importante que la courbe

nationale. Il est à préciser ici que cette tendance est encore plus flagrante sur le département de la Loire-Atlantique, qui nous intéresse plus particulièrement (+ 3 % en 2015). Ce recours important aux établissements de santé est à prendre en compte au niveau régional et départemental. En effet, la tendance des politiques de santé étant clairement orientée vers une réduction du nombre de lits en hospitalisation, une vigilance accrue et une adaptation de notre offre de soins aux besoins semble essentielle. Ceci peut être envisagé par une approche différente du recours aux soins en établissements. Il n'est pas précisé ici si ces hospitalisations ont lieu à temps complet ou en hôpital de jour. Cependant, les besoins de santé augmentent et nous nous devons d'y répondre de façon adaptée ; le virage ambulatoire peut être une des réponses adéquates ici.

Concernant le territoire dans lequel se trouve implanté cet hôpital, il correspond au pays d'Ancenis. Majoritairement rural, il se compose de 25 communes et comprend 65 800 habitants. La croissance démographique est de 1,7 % par an depuis 2007, le solde migratoire correspond à une augmentation d'environ 500 habitants par an. Le nombre de naissances annuelles est de presque 900 et enfin 300 logements nouveaux sont construits par an¹³. Géographiquement, Ancenis se situe entre deux grandes villes (Nantes et Angers), à proximité de l'autoroute les reliant. Une gare y est présente, elle est assez fréquentée, il s'agit de la deuxième gare TER des Pays de la Loire en nombre de montées et descentes quotidiennes. Environ 8 500 actifs résidant hors du pays d'Ancenis viennent y travailler tous les jours. Nous constatons donc que ce territoire est assez actif.

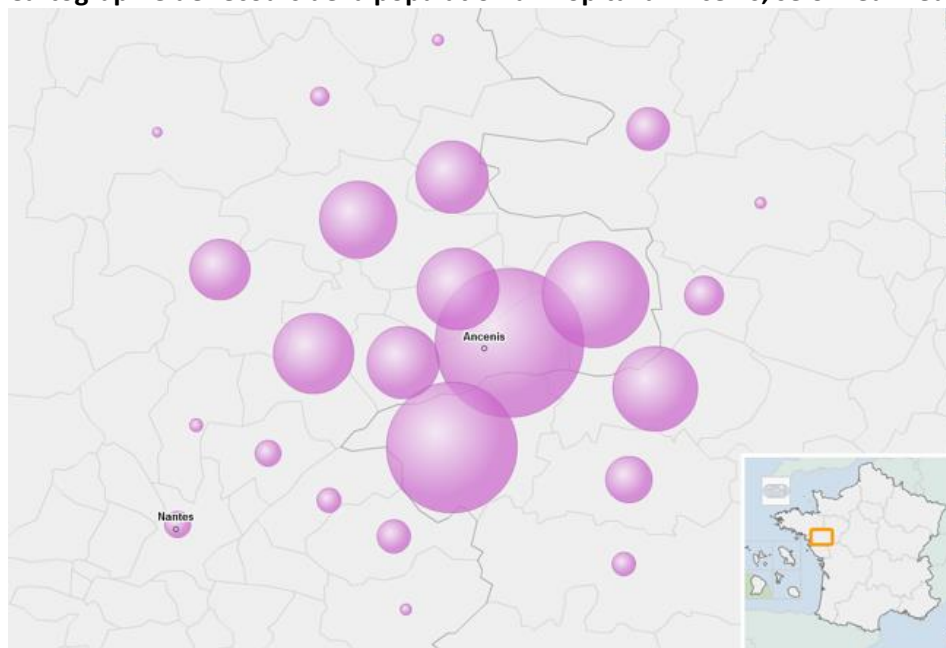
De quelle façon les habitants du pays ancenisien recourent-ils aux établissements de santé ?

La carte ci-après nous présente à quel établissement les habitants du pays ancenisien s'adressent.

¹² ORS Pays de la Loire, La santé des habitants des Pays de la Loire. 2017, disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/SantePop/2017_rapport_etatsantepdl.pdf, site consulté le 24-11-2017

¹³ Chiffres clés, site officiel de la COMPA, communauté de communes du pays d'Ancenis, disponible sur : <http://www.pays-ancenis.com/compa/le-territoire/chiffres-cles/>, site consulté le 25-11-2017

Cartographie de recours de la population à l'hôpital d'Ancenis, selon leur lieu d'habitation ¹⁴



Il ressort clairement de cette carte que les usagers ont un lieu de résidence proche géographiquement du CHEL, avec un recours aux soins dits de proximité. Ce qui est confirmé par les réponses aux questionnaires de satisfaction : 93% des personnes interrogées affirment avoir choisi l'hôpital en raison de sa proximité¹⁵.

1.2.3. L'INTEGRATION A UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Nous ne pouvons évoquer la notion de territoire sans faire le lien avec le GHT. Le CHEL est intégré au groupement hospitalier de territoire du département de Loire-Atlantique, le GHT 44, son établissement support est le CHU de Nantes.

Il est à prendre en considération que le GHT 44 favorise les coopérations et partenariats de plusieurs spécialités (proctologie, ORL, endoscopie...) entre le CHEL et le CHU de Nantes. Le projet médico-soignant du GHT est axé sur « *la volonté d'assurer une prise en charge de proximité des patients en s'appuyant sur les spécificités de chaque établissement et sur des équipes médicales partagées* »¹⁶. Ceci soutient considérablement les activités du CHEL. Nous verrons dans la partie suivante que ce projet de mutualiser les compétences médicales a été mis en place en novembre 2017.

Il est, de plus, précisé : « *Collectivement, les membres du GHT veulent promouvoir l'ambition de service public sur le territoire de santé 44 et dans ses quatre sous-territoires (...) afin de proposer aux patients des soins au plus près de leur domicile (...)* ». La notion d'offrir un service public est donc clairement repositionnée comme un des objectifs du GHT 44. La convention constitutive du GHT 44 stipule qu'il est important de « *renforcer la position de groupe public par rapport à la forte concurrence du secteur privé. La prise en compte de cette spécificité du GHT 44, reconnue et soulignée par l'ARS, est une des conditions de réussite majeures du GHT 44* »¹⁷.

¹⁴ Cartographie, Hospidiag, disponible sur : <http://cartographiehospidiag.atih.sante.fr/#e=440000297;l=fr;i=sejourshd.eft;v=map1;s=2016;z=205933,6060747,137732,103469;f=TT>, site consulté le 21-11-2017

¹⁵ Rapport d'activité 2016 du Centre Hospitalier Francis Robert, p

¹⁶ « GHT de Loire-Atlantique, une co-construction à 13, le 11 juillet 2016 », disponible sur : <https://www.reseau-chu.org/article/ght-de-loire-atlantique-ght-44-une-co-construction-a-13/>, site consulté le 25-11-2017

¹⁷ Convention constitutive- Groupement Hospitalier de Territoire de Loire Atlantique (GHT 44), p 11

Enfin, étant donné que sur le GHT 44 seuls deux blocs opératoires publics sont disponibles, cela démontre la nécessité de travailler ensemble pour proposer des ressources et les mutualiser. Dans le cadre de la coopération entre le CHEL et le CHU de Nantes, certains chirurgiens viennent opérer sur le bloc opératoire d'Ancenis. L'occupation des plages opératoires sur le CHEL étant moins importante que sur le CHU, ce fonctionnement permet de développer l'activité sur le CHEL, avec un délai d'attente moins long pour bénéficier d'une intervention chirurgicale sur Ancenis que sur Nantes.

2. ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER ERDRE ET LOIRE

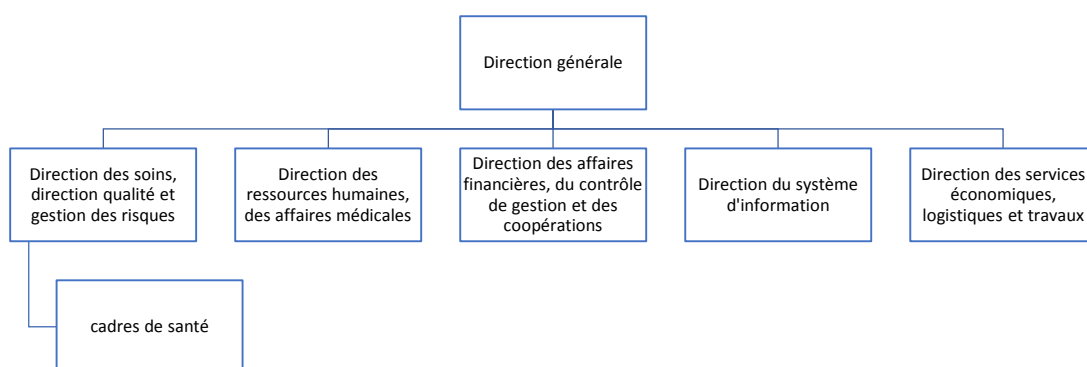
2.1. L'ORGANIGRAMME

Un élément récent du contexte politique du CHEL est à prendre en considération. En effet, le 1^{er} juin 2017, le directeur général a quitté le CHEL, pour une mission confiée par l'ARS, pour une durée de 15 mois, avant son départ en retraite.

La direction par intérim a été assurée pendant 6 mois, par une directrice de plate-forme du CHU de Nantes, puis cette dernière a pris la direction générale au 1^{er} décembre 2017. Ce contexte n'est pas anodin d'un point de vue stratégique et ouvre des perspectives de coopération avec le CHU de Nantes.

Pour mieux nous représenter l'organisation du CHEL, nous allons observer la disposition hiérarchique et fonctionnelle à travers deux organigrammes, l'un représentant l'organisation des directions, et notamment la filière hiérarchique des soins ; le second s'attardant plus spécifiquement sur les pôles.

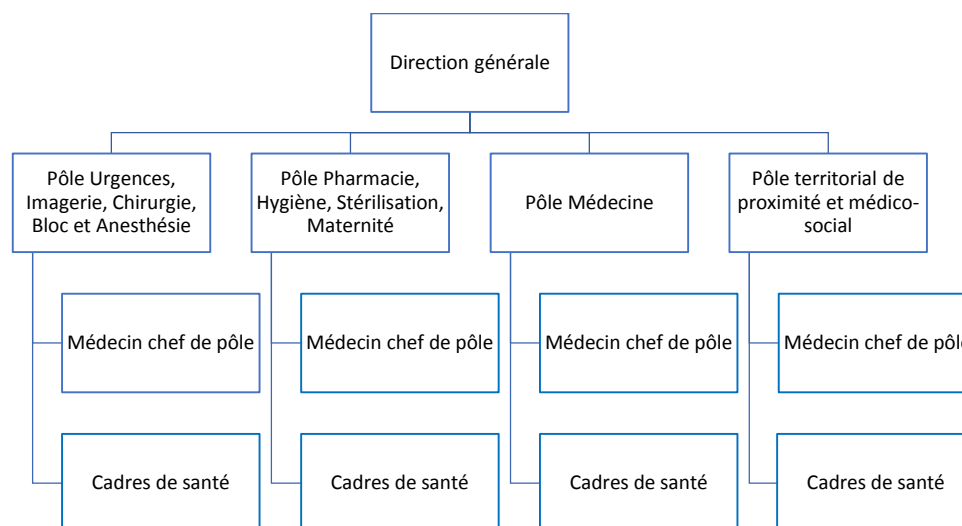
Schéma n°1 : Organisation des directions¹⁸



La filière des soins est dirigée par une coordonnatrice générale des soins, qui est la supérieure hiérarchique directe des cadres de santé.

¹⁸ Source : auteur

Schéma n°2 : Organisation des pôles¹⁹



Ainsi que je l'ai évoqué précédemment, le CHEL est multi sites. Il est composé de plusieurs pôles :

- Le pôle urgences, imagerie, chirurgie, bloc opératoire et anesthésie ;
- Le pôle pharmacie, hygiène, stérilisation, gynécologie-obstétrique ;
- Le pôle médecine ;
- Le pôle territorial de proximité et médico-social.

Ces quatre pôles comportent au total 476 lits et places, dont 137 en secteur sanitaire et une masse salariale de 401 équivalents temps pleins (ETP) paramédicaux et 40 ETP médicaux.

Dans chacun d'entre eux, un médecin a été nommé chef de pôle, mais aucun cadre n'y est associé et la délégation de pôle n'est pas effective. Selon les pôles, la représentativité par le médecin est assurée de manière plus ou moins importante.

J'ai représenté ici une autorité par la direction générale, celle-ci n'est que fonctionnelle, puisque, même si depuis la loi HPST, le directeur nomme les chefs de pôle, il n'a qu'une autorité qualifiée d'organisationnelle sur le corps médical²⁰.

Afin de mieux comprendre les forces et faiblesses du CHEL, nous allons à présent effectuer une présentation plus précise, avec notamment son projet d'établissement, son organisation, ses unités et sa « santé financière ».

2.2. LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement du centre hospitalier actuellement en vigueur couvre la période allant de 2012 à 2016, le suivant est en cours de rédaction²¹. Il précise le positionnement de l'établissement comme étant de proximité, en lien avec les besoins du bassin de population. Le projet d'établissement est mis en lien avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et avec le plan régional de santé (PRS), et bien-sûr, les orientations nationales. Il est stipulé, pour la partie concernant le pôle urgences-imagerie-bloc-anesthésie-chirurgie que les enjeux stratégiques sont majeurs « *par rapport au maintien d'un plateau technique, dans un contexte de contraintes budgétaires important et d'une*

¹⁹ Source : auteur

²⁰ Article L. 6146-1 du code de la santé publique, disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_13, site consulté le 18-03-2018

²¹ « Le Projet d'Etablissement est un document obligatoire pour un établissement de santé traçant les principaux axes de développement qu'il s'est fixé. Cette obligation se fonde sur le code la santé publique et notamment l'article L.6143- 2. Il est soumis aux avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Technique de l'Etablissement et à la délibération du Conseil de surveillance. Il doit être compatible avec les orientations du Programme Régional de Santé et ses déclinaisons territoriales et locales. Etabli pour une durée maximale de 5 ans, repose sur une réflexion prospective qui s'attache à analyser la situation actuelle et les évolutions futures de l'environnement ».

attractivité instable et variable selon les spécialités »²². Les principales orientations fixées sont en lien avec le renforcement des partenariats médicaux, que ce soit avec les centres hospitaliers ou les CHU environnants ou dans le cadre du réseau ville-hôpital.

Le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques en est partie intégrante.²³ Ce projet est construit en lien étroit avec le projet médical, mais également avec le projet de la qualité et de la gestion des risques²⁴.

Les orientations données à la fonction de cadre de santé y sont déclinées en douze points. Il y est précisé, entre autres, que « *la politique managériale de l'encadrement vise l'accompagnement des équipes et de chaque professionnel (...). Elle s'inscrit dans une mission de coordination, d'organisation et d'évaluation de la prise en charge personnalisée de l'utilisateur. Elle se décline dans les valeurs de l'encadrement : le respect de la singularité, l'écoute, la communication, la confiance, la responsabilité et l'équité* »²⁵. Par ailleurs, il y est également précisé l'importance, dans le groupe des cadres, de la cohésion « *fondée sur une considération réciproque (...) ainsi que sur le partage des réflexions et sur l'analyse des pratiques* »²⁶.

Dans l'organisation du CHEL, la directrice des soins est également directrice de la qualité et de la gestion des risques. Nous allons observer la politique qualité mise en place sur l'établissement.

2.3. LA DYNAMIQUE QUALITE

Pour définir, mettre en place, coordonner et pérenniser les démarches qualités, l'établissement s'est doté de moyens humains : une direction qualité composée, à ce jour, d'une équipe de quatre professionnels : une directrice qualité, coordonnatrice de la gestion des risques (à 50 %), une technicienne qualité, gestionnaire des risques (à 100 %), un cadre de santé en missions transversales (à 20%) et une secrétaire qualité (à 20 %).

Depuis plusieurs années, la direction du centre hospitalier Erdre et Loire s'engage dans une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dont les principaux axes visent à prendre en compte les besoins globaux du patient, leur évolution dans son parcours de soins, fournir aux usagers et aux professionnels les conditions optimales de leur sécurité, enfin promouvoir l'amélioration continue de la qualité²⁷.

Le projet d'établissement du CHEL articule le déploiement d'actions portant sur l'amélioration du soin, et l'amélioration des conditions de travail : « *Notre politique a pour cible la satisfaction de nos patients, la réponse à leur besoin de soin et l'accompagnement individualisé. Elle vise également la satisfaction des professionnels dans l'exercice de leur fonction, leurs conditions de travail et leurs évolutions professionnelles* ».

Cette politique qualité est déclinée en un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), défini annuellement et révisé de manière trimestrielle. Les axes prioritaires du PAQSS sont identifiés par les pilotes de thématique, examinés par la cellule qualité, décidés et priorisés par le comité de pilotage stratégique de la qualité et de la gestion des risques (COPIL) et présentés pour avis dans les instances de la commission médicale d'établissement (CME), de la

²² Projet d'établissement CH Ancenis 2012-2016 / V14/ Juin 2012, p 23, 195 pages

²³ « Le projet de soins infirmiers de rééducation et médico techniques fait partie intégrante du projet d'établissement ». Projet d'établissement CH Ancenis, *Ibid*, p 27, en lien avec l'article L6143-2 du Code de la Santé Publique de la Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

²⁴ *Op Cit*, p 27

²⁵ *Op Cit*, p 28

²⁶ *Op Cit*, p 30

²⁷ Ces éléments et les suivants de ce chapitre sont issus d'une présentation réalisée par la directrice des soins et de la qualité, lors de la certification de 2016.

commission des usagers (CDU) et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) avant d'être diffusés. Les objectifs prennent leur source dans une approche par les risques en fonction des thématiques de la HAS.

La gouvernance de la qualité au sein du centre hospitalier Erdre et Loire fait l'objet d'une révision dans le courant de l'année 2014. Elle se décline en trois niveaux d'action : stratégique, opérationnel et support.

Le management stratégique de la qualité est assuré par le COPIL dont la principale mission consiste à définir la politique, le PAQSS et à affecter les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

En 2016, le CHEL reçoit une visite de certification pour la V2014. L'établissement est certifié en A, ceci pour une durée de 6 ans.

Depuis les visites de certification, l'établissement poursuit la démarche initiée en décembre 2014. L'appropriation des guides thématiques publiés par la HAS début 2015 se traduit par l'élaboration de grilles d'audit de processus. A partir de ceux-ci, pour chaque thématique obligatoire, les membres du COPIL stratégique « qualité-gestion des risques », sous l'impulsion de la direction, retiennent le principe de poursuivre l'autodiagnostic en l'élargissant aux thématiques non obligatoires. En 2016, tous les processus obligatoires sont révisés, un score de maturité du processus est affiché dans les autres indicateurs de résultats pour chaque thématique.

Parallèlement, l'établissement poursuit son approche par les risques en évaluant systématiquement leur criticité avec les professionnels et/ou les usagers selon les thématiques, les mesures barrières en place et à mettre en place ainsi que le niveau de maîtrise des thématiques. La hiérarchisation des risques est réalisée avec les pilotes de thématiques. Les risques prioritaires sont présentés dans les instances en charge de la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : CME, CSIRMT et commission de relation avec les usagers au dernier trimestre 2016.

Le management opérationnel de la qualité est assuré par plusieurs organes internes : la CME, la cellule qualité et la CDU. La cellule qualité est notamment en charge d'effectuer un suivi périodique du PAQSS. La direction qualité et des référents qualité désignés assurent également le management opérationnel de la qualité au plus près du terrain, avec la contribution des professionnels des secteurs d'activité (à travers des groupes de travail). La direction qualité coordonne la démarche qualité de l'ensemble des acteurs et assure un *reporting* des actions menées auprès de la direction générale.

En 2016, des actions sont menées pour renforcer la « culture sécurité » des professionnels de proximité et l'implication des représentants des usagers. Ceci consiste en des « rencontres sécurité » expérimentées dans 2 secteurs, une participation au projet régional du réseau qualité régional, projet EHPAGE, ou encore la sollicitation des représentants des usagers pour identifier les plans d'action de la thématique des droits des patients.

Le support de la qualité est assuré par la direction qualité, qui apporte un appui méthodologique aux professionnels des différents secteurs d'activité, par le biais d'expertises périodiques ou de formations.

Après avoir observé l'organigramme, les orientations institutionnelles et la dynamique qualité du CHEL, nous allons examiner le contexte financier et l'évolution de l'activité de l'établissement.

2.4. LE CONTEXTE FINANCIER ET D'ACTIVITE

2.4.1. LE CONTRAT DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER

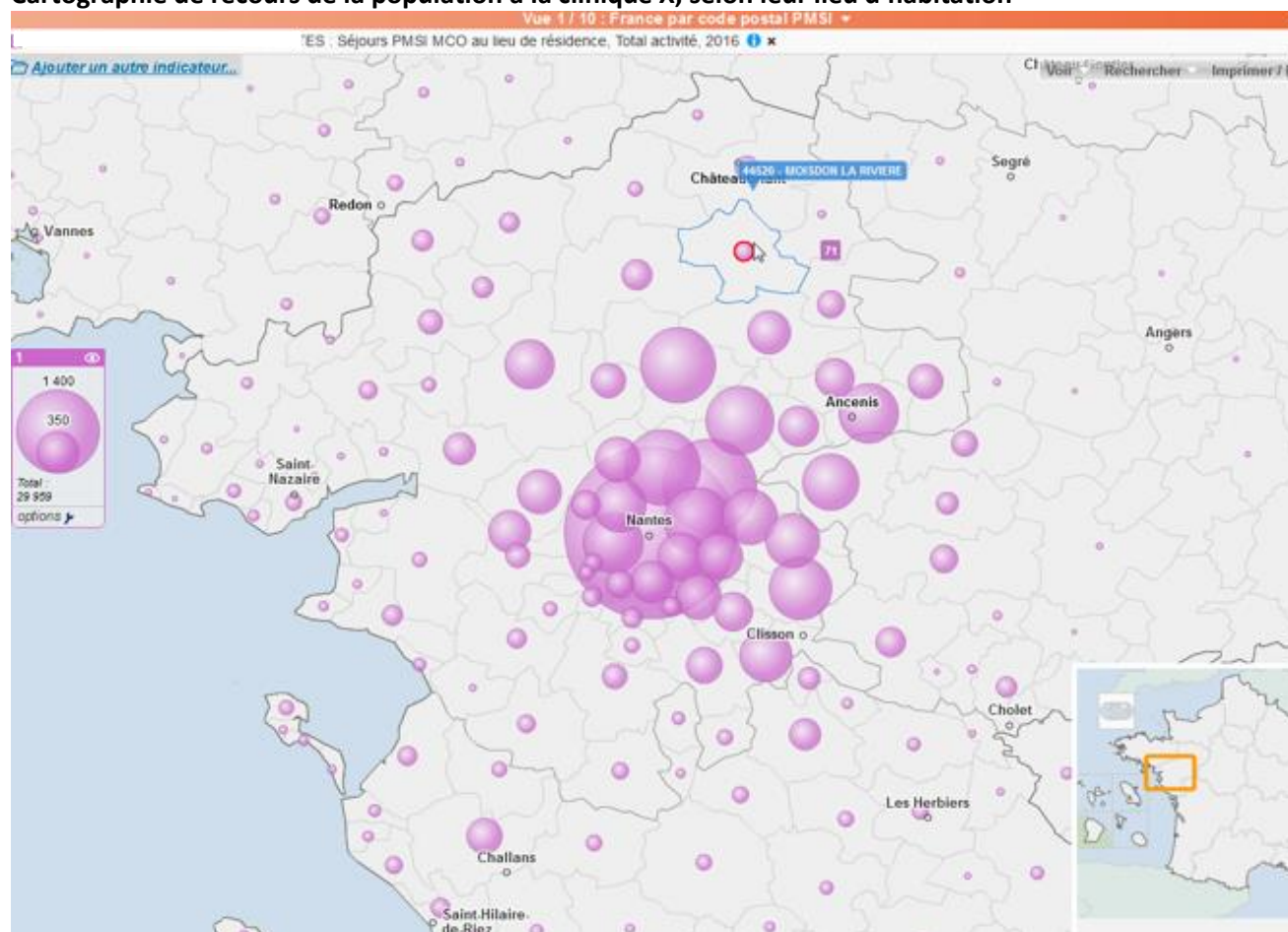
L'année 2016 est préoccupante pour le centre hospitalier d'Ancenis, avec une baisse d'activité sur les différents secteurs d'hospitalisation (hors EHPADs et USLD), entraînant un déficit comptable sur le secteur sanitaire à – 2 105 950 d'euros sur un budget global de 33 millions²⁸.

Ceci peut s'expliquer dans les unités de médecine par une durée moyenne de séjour (DMS) qui s'allonge de 2 % et dans le secteur de chirurgie par une chute de 18 % du nombre de patients hospitalisés.

Dans cette dernière unité le CHEL doit faire face au départ de deux chirurgiens reconnus dans leur activité. Ces activités constituent la majeure partie des séjours en chirurgie (spécialités d'orthopédie et de digestif). Le nombre d'interventions programmées diminue donc et le principal recours à la chirurgie s'effectue *via* les urgences. Nous pouvons donc supposer une « fuite » des usagers, en lien avec les mouvements des chirurgiens, notamment vers certaines cliniques nantaises, facile d'accès pour les anceniens.

En ce sens, nous observons sur la cartographie suivante²⁹ le secteur d'activité d'une des cliniques en question.

Cartographie de recours de la population à la clinique X, selon leur lieu d'habitation



Nous constatons donc une grande attractivité pour cette clinique par les habitants du pays d'Ancenis.

²⁸ Sources émanant de la direction des affaires financières, après sollicitations, janvier 2018

²⁹ Cartographie, Hospidiag, disponible sur : <http://cartographie-hospidiag.atih.sante.fr/#e=440029379;l=fr;i=sejourshd.eft;v=map1;s=2016;z=-313850,6087910,296055,200002;f=TT>, site consulté le 21-11-2017

De juin à août 2016 un cabinet extérieur mène un audit stratégique sur l'établissement. En mars 2017, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) est signé entre l'ARS et l'hôpital.

Cette situation économique fragile conduit à des propositions (dans le cadre de ce CREF) visant à réduire les dépenses notamment à travers l'arrêt de la permanence des soins en orthopédie-traumatologie, la réduction de certains effectifs et la mise en place d'une équipe centralisée de bio-nettoyage constituée de professionnels sous contrat.

En parallèle de cette diminution des coûts, le CHEL s'engage à valoriser et augmenter l'activité. Pour ce-faire, des modifications sous différents angles sont réalisées.

Tout d'abord 12 lits de chirurgie sont transformés en lits de médecine post-urgence (MPU) en septembre 2016. Ensuite, de nouvelles activités médicales sont intégrées en novembre 2017 (ophtalmologie, gastro-entérologie, endoscopie, rhumatologie ou encore médecine vasculaire). Nous pouvons noter que ces spécialités sont à fort impact opératoire, notamment sur le secteur de chirurgie. Par ailleurs, un projet visant à des aménagements d'horaires et des modifications d'organisations de secrétariats est mené, avec une mise en action en octobre 2017. Ceci est effectué dans l'objectif de répondre aux besoins croissants liés à l'arrivée des nouveaux médecins, à effectifs de secrétariats constants.

Enfin il est convenu de favoriser et de poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour médicale et chirurgicale.

Voyons à présent si la partie contractualisée quant à l'évolution des activités a pu être tenue pour l'année 2017.

2.4.2. ACTIVITE EN 2017

Concernant les services de médecine, les chiffres au 31 décembre montrent que les deux unités de médecine connaissent une légère baisse de leur nombre de séjours (- 267 séjours sur 2017). L'unité de MPU, quant à elle, répond à ses objectifs, avec 719 séjours sur 2017, correspondant à une valorisation financière de 1 895 380 euros. Cependant, nous ne possédons pas de réelle étude médico-économique nous permettant de mettre en regard les dépenses (notamment le recrutement des médecins de MPU qui viennent s'ajouter à l'effectif médical déjà présent) et les recettes engendrées par les séjours en MPU. Nous constatons par ailleurs que les séjours des unités de médecine sont basculés sur le secteur de MPU, dont la création permet une augmentation du nombre de patients pris en charge dans le secteur de médecine.

En ce qui concerne l'activité de chirurgie, le bilan est partagé.

La chirurgie en hospitalisation à temps complet (HTC) se caractérise par la poursuite de la baisse du nombre de séjours de 13% en secteur d'hospitalisation à temps complet, soit - 104 séjours, correspondant à une perte financière de - 277 337 € au 31 décembre 2017.

Cette baisse est tempérée par l'activité du GCS qui est en augmentation de 17 %, soit une valorisation financière de 183 821 €.

En ce qui concerne l'activité en chirurgie ambulatoire sur l'année 2017, elle augmente de façon notable de 23 % en nombre de séjours, correspondant à une valorisation financière de 39 %, soit 225 000€³⁰. Enfin, l'hôpital de jour médical connaît également une augmentation de son activité se répartissant comme suit : + 70 % d'activité sur 2017 pour les hôpitaux de jour gériatriques, soit une valorisation financière de 76 % et une augmentation de 6 % pour les HDJ de médecine générale, ce qui correspond à 7 % de recettes supplémentaires.

Cet état des lieux de l'offre de soins dynamique et mouvante sur le CHEL entraîne une interrogation de ma part et un questionnement sur l'organisation de l'hôpital de jour médico-chirurgical.

³⁰ Les tableaux d'activité sont proposés en annexe 1

En effet, ces chiffres d'activité datent du 31 décembre 2017, donc peu de temps après l'arrivée des nouvelles spécialités médicales. Ces activités sont à fort potentiel ambulatoire. Ceci répond à un besoin de la population du bassin ancien, ainsi qu'à une des mesures du contrat de retour à l'équilibre financier dans lequel le CHEL s'est engagé mais également à une priorité de santé nationale, qui vise un taux de chirurgie ambulatoire à 66 % pour 2020 et 70 % pour 2022³¹.

Le développement de l'hôpital de jour médico-chirurgical du CHEL correspond à des orientations nationales, en lien avec le projet régional de santé et le projet d'établissement. Nous avons également explicité l'importance de développer l'activité sur le CHEL, notamment dans ce secteur.

Afin de répondre à ces besoins, la médecine et la chirurgie ambulatoire se doivent de se réorganiser.

Ainsi, nous pouvons nous interroger sur la capacité actuelle de l'hôpital de jour médico-chirurgical et sur son organisation mais également sur son potentiel de développement dans les mois à venir.

PARTIE 2 – LE DEVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION DE JOUR

Nous allons développer ici quels sont les enjeux en lien avec le développement de l'HDJ, préciser ce que sont les hôpitaux de jour et l'ambulatoire, définir le contexte réglementaire et enfin nous attarder spécifiquement sur l'HDJ du CHEL.

3. LES ENJEUX

3.1. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENTS

Pour répondre aux objectifs de développement de l'activité ambulatoire, nous devons nous interroger sur plusieurs points cruciaux.

Quelle organisation adopter pour permettre d'accueillir les usagers en ambulatoire, tout en maintenant les activités déjà existantes, tant dans les secteurs de médecine polyvalente, qu'en médecine gériatrique, mais également pour les spécialités de chirurgie déjà accueillies ?

Comment accompagner le développement des activités de l'HDJ médico-chirurgical ? La capacité en places actuelles est-elle suffisante ? Le parcours du patient est-il adapté à la population accueillie et aux besoins d'efficience de l'unité ? L'effectif actuel est-il en corrélation avec l'activité, en termes de nombre, mais également de compétences présentes ? Cela correspond-il aux textes réglementaires applicables à l'hospitalisation de jour et à la chirurgie ambulatoire ? Les organisations paramédicales et médicales permettent-elles de répondre au projet de développement de l'hôpital de jour ?

A partir de ces questionnements, nous pouvons nous intéresser à l'accompagnement des changements de cultures et de pratiques, dans le cadre de transformation des organisations.

Enfin, nous pouvons nous interroger sur comment nous pouvons coordonner pour favoriser la coopération, dans le cadre d'un projet impliquant des acteurs de secteurs différents.

Afin de répondre à ces différentes questions, nous allons analyser l'organisation de l'hôpital de jour médico-chirurgical du CHEL. Cependant, nous ne pouvons pas évoquer les hôpitaux de jour sans les définir et observer les réglementations qui les encadrent.

³¹ *Op Cit*, Le monde : la ministre de la santé dévoile ses pistes pour réduire le déficit global de la santé, article du 21-10-2017

3.2. L'HOPITAL DE JOUR ET LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Que recourent précisément les termes de « virage ambulatoire » ? Pour éclairer cette notion, il convient de débiter par une définition de celle-ci et une présentation du cadre législatif dans lequel elle s'insère.

3.2.1. DEFINITIONS

Selon la fédération hospitalière de France (FHF), « *La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge permettant de raccourcir à une seule journée votre hospitalisation pour une intervention chirurgicale. Vous rentrez donc le matin pour être opéré le jour même et ressortir le soir. La durée de séjour à l'hôpital est de quelques heures à moins de 12 heures. Cette modalité de chirurgie est pratiquée avec l'accord du patient et sous certaines conditions, tenant compte à la fois du type d'intervention chirurgicale réalisée, des conditions de vie du patient (présence d'un accompagnant) et de l'organisation des services de chirurgie* »³².

Ici, l'ambulatoire est donc défini comme une hospitalisation de moins de 12 heures, avec une admission le matin et une sortie dans la journée.

L'ambulatoire peut également être utilisé dans un sens d'actes en externe. L'institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) définit les soins ambulatoires comme « *les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent de soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cure thermale* »³³.

D'autre part, l'ambulatoire est défini, sur le site du ministère de la solidarité et de la santé comme une « *pratique avant tout centrée sur les patients, la chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission* »³⁴.

L'ambulatoire n'est pas à considérer uniquement d'un point de vue de la durée de séjour, mais intègre aussi la gestion des risques.

Lors d'un travail conjoint de la HAS et de l'ANAP, il est énoncé dans le préambule du document « le virage ambulatoire- synthèse- socle de connaissances », que la réflexion doit s'étendre sur la pertinence de la durée de l'hébergement. De plus, la prise en compte du bénéfice-risque est nécessaire. « *À la réflexion sur la pertinence du soin doit maintenant s'associer celle sur la pertinence d'un hébergement qui peut s'appuyer également sur une réflexion bénéfice-risque* »³⁵. Le taux d'infections nosocomiales est admis comme étant plus bas dans le cadre d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire. En effet, la durée d'hospitalisation étant moins longue, le risque d'exposition à

³² Chirurgie ambulatoire, Fédération Hospitalière de France, publié le 07-04-2015, disponible sur <https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Chirurgie-ambulatoire#64797>, site consulté le 24-10-2017

³³ Soins ambulatoires, définitions, publié le 13-10-2016, disponible sur <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>, publication le 13-10-2016, site consulté le 24-10-2017

³⁴ La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation, disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire>, site consulté le 18-11-2017

³⁵ Le virage ambulatoire – synthèse - socle de connaissances, p 3, disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf, site consulté le 18-11-2017

ce type d'infections est moindre. De plus, la typologie des patients accueillis diminue également ce risque (facteurs de co-morbidités associées)³⁶.

Par ailleurs, la notion de coût n'est pas à écarter. Selon J-L. Harousseau et P. Ritter, « *La distinction entre la délivrance du soin et le besoin d'hébergement devrait inciter les établissements de santé à se penser désormais avant tout comme des plateaux techniques dont le coût rend indispensable une réflexion sur la performance du système* »³⁷. Ceci fait le lien avec le contexte de santé national que j'ai explicité auparavant. Nous reviendrons ultérieurement sur ce facteur financier à prendre en considération.

Dans ce même document la définition donnée est celle spécifiquement des actes et des conditions pour la chirurgie ambulatoire. En France, elle est définie comme « *des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* »³⁸.

De plus, dans le dictionnaire des termes de médecine, Le Garnier Delamare évoque la chirurgie ambulatoire dans la définition de l'hospitalisation de jour : « *Hospitalisation de jour : organisation selon laquelle le patient vient à l'hôpital le matin et rentre chez lui le soir. Au cours de cette journée est entrepris un ensemble coordonné d'investigations et de traitements. C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, pouvant convenir à certaines situations précises telles que (...) la chirurgie ambulatoire* »³⁹.

Le même ouvrage désigne la chirurgie ambulatoire comme « *un acte chirurgical suivi du retour au domicile dans la même journée, sans que l'opéré ne passe la nuit au centre hospitalier* ».

En outre, la conférence de consensus de la fondation de l'avenir de 1994 a également fourni une définition « *par "chirurgie sans hospitalisation", plus communément appelée "chirurgie de jour" ou "chirurgie ambulatoire"; on entend les actes chirurgicaux et/ou explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission* »⁴⁰.

Enfin, il est également précisé « *Sont qualifiées d'hospitalisation de jour les unités hospitalières qui effectuent pendant la seule journée (donc sans hébergement nocturne) de façon programmée et concentrée sur une durée de moins de douze heures :*

1. *Des investigations spécialisées à visée diagnostique faisant l'objet d'une synthèse médicale ;*
2. *Des traitements médicaux séquentiels délicats comprenant un protocole astreignant ;*
3. *Des interventions chirurgicales courtes ;*
4. *Une surveillance post-thérapeutique spéciale* ». ⁴¹

Nous pouvons donc constater que la notion d'ambulatoire peut intégrer plusieurs sens. Quand nous parlons de chirurgie ambulatoire, il est question d'une hospitalisation de moins de 12 heures, alors

³⁶ « La faible incidence des ISO en chirurgie ambulatoire peut s'expliquer d'une part par le mode d'hospitalisation, et d'autre part, par les caractéristiques des patients opérés. En hospitalisation ambulatoire, les interventions sont habituellement courtes, en classe de contamination propre ou propre-contaminée, le plus souvent programmées. D'autre part, les patients sont le plus souvent en bon état général avec des scores ASA I ou II ». Source : Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000, disponible sur <http://www.em-consulte.com/en/article/8615>, site consulté le 26-04-2018

³⁷ *Op Cit*, Le virage ambulatoire – synthèse - socle de connaissances, p 3, site consulté le 24-10-2017

³⁸ *Op Cit*, Le virage ambulatoire – synthèse - socle de connaissances, p 9, site consulté le 24-10-2017

³⁹ Garnier Delamare, dictionnaire des termes médicaux, 25^{ème} Edition, Maloine, Paris, 1998

⁴⁰ Conférence de consensus sur la chirurgie sans hospitalisation, organisée par la Fondation de l'avenir de la recherche médicale, Paris, les 23, 24 et 25 mars 1993, cité par DEFACHELLE Christian, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 1999, p 13.

⁴¹ L'hospitalisation à temps partiel, direction des affaires juridiques, assistance publique des hôpitaux de Paris, disponible sur <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lhospitalisation-a-temps-partiel/>, site consulté le 24-10-2017

que quand il est question de soins ambulatoires, il faut comprendre les soins externes. En ce qui concerne la médecine, le terme employé est hôpital de jour médical.

Je précise ici que quand nous emploierons le mot « ambulatoire », nous l'entendrons au sens d'hôpital de jour incluant les spécialités de médecine et de chirurgie.

3.2.2. CADRE LEGISLATIF

L'activité de chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes législatifs. En effet, en France, cette activité « *est soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être, selon l'article L. 6122-3 du code de la santé publique, un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale* »⁴².

L'hôpital de jour médical du CHEL reçoit le renouvellement de son autorisation en mai 2017, une visite de l'ARS pour celle de la chirurgie ambulatoire est programmée en mai 2018.

Afin d'aider les praticiens à connaître les actes éligibles à l'ambulatoire, il est possible de se référer à la « circulaire frontière ». L'instruction en vigueur est celle de 2010⁴³. Elle précise les modalités d'inclusion des prises en charge de moins d'une journée. Cette dernière est en cours de révision, en effet une réunion de concertation s'est tenue en avril 2017, une rédaction de la nouvelle circulaire frontière est consultable, en date du 5 avril 2017⁴⁴. Le projet définitif devrait paraître courant 2018.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'organisation, aucun modèle organisationnel particulier n'est défini, cependant des règles de fonctionnement sont décrites.

S'agissant des locaux et des effectifs, 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* »⁴⁵.

En outre, au sujet de l'aptitude à la sortie, « *Le médecin anesthésiste-réanimateur autorise la sortie du patient en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention* » (article D. 6124-101 du code de la santé publique). Les sociétés savantes recommandent de délivrer cette « aptitude à la rue » dans un espace adapté. « *Chaque patient reçoit avant son départ un compte-rendu opératoire et un bulletin de sortie, défini réglementairement par l'article D. 6124-304 du code de la santé publique et signé par l'un des médecins, mentionnant les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins et indiquant un numéro d'urgence à joindre* »⁴⁶. Les pratiques médicales divergent sur ce point. Le recueil des IPAQSS, relatif au dossier patient en chirurgie ambulatoire, réalisé en avril 2018, le met en exergue sur le CHEL. Cette évaluation des pratiques permet de fournir un point d'entrée pour travailler sur cet élément.

D'autre part, en ce qui concerne le personnel nécessaire au fonctionnement, il était défini par l'article D. 6124-303 du code de la santé publique qui imposait « *la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents et, en sus, d'un médecin*

⁴² Document synthèse, socle de connaissances, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_socle_de_connaissances.pdf, p 11, site consulté le 24-10-2017

⁴³ INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), http://www.aphjpa.org/pdf/Ins_frontiere_2010.pdf, site consulté le 18-12-2017

⁴⁴ Rédaction de la nouvelle circulaire frontière, réunion de concertation du 5-04-2017, disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_frontiere_concertation_5_avril_2017-2.pdf, site consulté le 10-05-2018

⁴⁵ *Op Cit*, Le virage ambulatoire – synthèse - socle de connaissances, p 11, site consulté le 24-10-2017

⁴⁶ *Op Cit*, Le virage ambulatoire – synthèse - socle de connaissances p 13, site consulté le 24-10-2017

*anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire »*⁴⁷. Ce décret était applicable jusqu'à la modification intervenue en 2012.

En effet, dans sa version issue du décret n° 2012-969 du 20 août 2012, l'article D6124-303 précise que : « *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* »⁴⁸.

Pendant les heures d'ouverture, est requise, dans la structure pendant la durée des prises en charge, la présence minimale permanente :

1° D'un médecin qualifié ;

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 ;

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Même si le cadre législatif a été modifié, il me semblait intéressant d'avoir la notion qu'avant 2012, un professionnel de santé, infirmier en ce qui nous intéresse, était nécessaire pour la présence de 5 patients.

Cependant, un élément important est précisé dans l'article 3 du même décret. En effet, la nécessité d'avoir un personnel dédié à la chirurgie ambulatoire y est spécifié : « *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* »⁴⁹.

Quant au personnel médical, un médecin coordonnateur doit assumer la fonction de coordination de la structure de chirurgie ambulatoire. Celui-ci doit être identifié dans chaque unité de chirurgie ambulatoire, et sa fonction est définie réglementairement dans l'article D. 6124-308 du code de la santé publique. « *Il organise le fonctionnement médical de l'établissement et veille, notamment, à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux patients ainsi que la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins* »⁵⁰.

En ce qui concerne l'hôpital de jour médical du CHEL, c'est le chef de pôle de médecine qui est médecin coordonnateur ; pour la chirurgie ambulatoire, c'est un médecin anesthésiste qui assure cette fonction.

Afin de mieux comprendre le contexte qui nous intéresse, nous allons réaliser une présentation globale du service de chirurgie-MPU du CHEL. Ensuite, nous centrerons nos propos sur le fonctionnement de l'ambulatoire médico-chirurgical.

⁴⁷ Code de la Santé Publique, Article D6124-303, Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 189, <https://www.legifrance.gouv.fr/>, site consulté le 24-10-2017

⁴⁸ *Ibid*, Code de la santé publique, modifié par Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 4 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>, site consulté le 15 mars 2018

⁴⁹ *Ibid*, Code de la santé publique, modifié par Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art.3, , site consulté le 15 mars 2018

⁵⁰ *Ibid*, Code de la santé publique, modifié par Décret n° 2012-969 du 20 août 2012- art. 6, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>, site consulté le 28 avril 2018

3.3. L'HOPITAL DE JOUR DU CHEL

L'hôpital de jour médico-chirurgical fait partie du pôle urgences, imagerie, chirurgie, bloc et anesthésie. Il est intégré à la chirurgie et est situé géographiquement à l'entrée du service. Il possède des locaux qui lui sont propres : salle de soins, salle d'attente, bureau médical et chambres. Le personnel y est dédié, ce sont les infirmières de chirurgie-MPU qui interviennent.

3.3.1. SON ARTICULATION AVEC L'UNITE D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

L'hôpital de jour médico-chirurgical est intégré au service de chirurgie qui comprend le secteur des consultations, 12 lits de chirurgie polyvalente et 12 lits de médecine post-urgence.

En septembre 2016, en lien avec une baisse d'activité et un besoin en places sur les unités de médecine, 12 lits de chirurgie sont transformés en lits de MPU. Ceci entraîne donc une création de nouvelles activités, des modifications des compétences attendues et des nouvelles organisations de soins, en lien avec les pratiques médicales. Cela engendre, au moment de la mise en place, des inquiétudes sur plusieurs points. D'une part, concernant le devenir du service de chirurgie, d'autre part d'un point de vue relationnel avec les nouveaux médecins de MPU. Ceci suscite un sentiment d'insécurité, une perte des repères. Il faut donc accompagner les professionnels des unités, tant les infirmiers que les aides-soignants. Dans mon unité, j'organise plusieurs réunions de présentation du projet dans un premier temps, afin que le personnel ait connaissance des transformations d'organisations projetées. Certaines sont organisées en présence des médecins de MPU afin notamment de préciser les typologies de patients accueillis et les compétences attendues pour ces prises en charge. Puis, j'anime des réunions avec les professionnels paramédicaux, leur permettant de participer, sur le mode de groupes de travail. Cela leur permet de travailler sur leurs fiches de postes et de se projeter. Ils peuvent également verbaliser leurs inquiétudes et leurs attentes en termes d'organisations, de coopération médicale et paramédicale.

Après un an, le bilan de cette nouvelle organisation s'avère positif sur plusieurs points. Les professionnels paramédicaux expriment une qualité de prise en soins des personnes hospitalisées augmentée, avec une présence médicale plus importante. Ils se sentent davantage en sécurité quant à ces prises en charge. Les médecins s'impliquent réellement impliqués pour que ce projet fonctionne. Nous assistons ici à ce que je qualifie de convergence médico-soignante. *« L'amélioration de la prise en charge du patient par une démarche mieux coordonnée entre médecins et soignants, qui garantit qualité et sécurité des soins, est un enjeu majeur pour nos organisations hospitalières »*⁵¹. De réels échanges sur la prise en charge clinique des usagers sont quotidiens. Ils contribuent à un partage de sens du soin et à une cohérence thérapeutique.

Ensuite, en mai 2017, dans le cadre du CREF, avec pour objectif affiché une réduction des dépenses, une équipe centralisée regroupant des activités d'hôtellerie et de bio-nettoyage est mise en place. Les personnels embauchés le sont exclusivement dans le cadre de contrats aidés. Dans le même temps, la direction supprime des postes d'aides-soignants. Les activités de restauration et d'entretiens des chambres basculent donc sur ces nouveaux professionnels. Ceci modifie les pratiques, notamment la collaboration infirmiers/aides-soignants. J'organise alors de nouvelles réunions, en faisant travailler les deux catégories professionnelles sur leurs fiches de postes. Je mets en exergue l'intérêt de repositionner chacun sur son cœur de métier et sur ses compétences.

Cette modification des organisations soignantes est hors de mon propos spécifique à l'hôpital de jour, mais il me semble important d'avoir une connaissance de cette réorganisation des ressources

⁵¹ ZANTMAN Françoise (Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), Transmissions, Le magazine de la direction des soins et des activités paramédicales, N°54, septembre 2016, p3.

humaines d'une part, et d'autre part d'observer le positionnement des professionnels quand un changement « subi » a lieu.

Par ailleurs, au sein de l'équipe des cadres de santé, ce changement important pour les équipes de soins n'est pas ressenti et par conséquent mené de façon identique.

Julia Balogun s'intéresse aux managers intermédiaires, avec pour objectif de comprendre comment les impliquer dans les processus de changement imposé. « *Ses premiers résultats montrent à quel point il est important, pour le bon déploiement du changement, que les managers intermédiaires soient en mesure de construire le sens du changement qui s'impose à eux. (...) Toutefois, en approfondissant le processus de construction de sens, l'auteur montre que finalement le changement imposé au départ, est progressivement modifié par le jeu de négociation qui s'opère entre les managers intermédiaires eux-mêmes* »⁵². Effectivement les positionnements de certains cadres de santé, hostiles à ce changement initialement, se modifient afin de parvenir à un accompagnement des transformations d'organisations dans le cadre de ce projet.

Ces deux changements majeurs de l'organisation, peuvent être qualifiés d'« adhocraties », selon Mintzberg, « *à savoir, des organisations qui se mobilisent, dans un environnement instable et complexe, des compétences pluridisciplinaires, spécialisées et transverses, pour mener à bien des missions précises* »⁵³.

Ces deux mouvances intervenues récemment dans le service, peuvent favoriser l'acceptation du changement par les acteurs. En effet, les professionnels intègrent des nouvelles organisations et adaptent leurs pratiques à ces modifications. Le fait que ce soit à présent ressenti comme une amélioration permet par ailleurs de légitimer le changement. De fait, le changement doit permettre une amélioration des conditions de travail et non une régression.

3.3.2. LES DIFFERENTES ACTIVITES

Avant 2015, la capacité d'accueil de l'unité de chirurgie ambulatoire est de quatre places. Elle est modifiée pour développer les activités de chirurgie et aussi pour offrir une possibilité d'accueil pour les patients de médecine et devenir ainsi un hôpital de jour médico-chirurgical. Ce dernier est défini avec une capacité de quatre places de médecine et six places de chirurgie.

Cet hôpital de jour est donc créé en premier lieu pour les patients de chirurgie ambulatoire.

En parallèle, les usagers de médecine polyvalente peuvent désormais avoir accès à ce même HDJ, aux horaires d'ouverture, sur des prises en charge spécifiquement médicales. Les prises en soins qui sont réalisées sont principalement les ponctions d'ascite, les transfusions sanguines, les perfusions de Soliris®. La planification des patients est effectuée en semi-urgence (à quelques jours) et est fonction des places disponibles en HDJ.

Le personnel présent pour la chirurgie ambulatoire s'occupe également de ces patients de l'hôpital de jour médical.

Par ailleurs, les lundis et jeudis, des places d'HDJ sont dédiées à des patients de médecine gériatrique pour des hospitalisations liés à des troubles à versant fragilité ou mémoire (deux patients les lundis et trois les jeudis, de façon systématique). Une infirmière est détachée de l'unité de médecine de court séjour gériatrique et est allouée à ces patients. Le gériatre intervient également, ainsi que la neuropsychologue et l'ergothérapeute.

Pour ces prises en soins, chaque patient occupe une place toute la journée en hôpital de jour ; il reste alors sept ou huit places pour accueillir les patients en chirurgie ambulatoire.

Enfin, une dernière activité, l'éducation thérapeutique en diabétologie est initiée en 2016, elle

⁵² AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., Conduite du changement, concepts clés, 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs, 2^{ème} édition, Dunod, p 81, 257 pages, (1/14, 61/78, 81/88, 121/126).

⁵³ BLOCH M-A., HENAUT L., Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Editions Dunod, Janvier 2014, p 157, 315 pages.

intervient les jeudis, jours de présence du médecin diabétologue sur le CHEL. Cette activité peine à se développer par manque de temps médical et avec, de surcroît, une file-active importante en consultations.

Actuellement, nous pouvons observer en lien avec le développement de l'activité que, certains jours, le manque de places pour l'accueil des usagers est criant. Spécifiquement lors des journées d'accueil des HDJ de gériatrie.

Le développement des hôpitaux de jour de médecine générale, ainsi que ceux de médecine gériatrique est donc effectif. Il va à présent être important de permettre une augmentation de l'activité en chirurgie ambulatoire, ce qui implique donc des changements de pratiques médicales et un accompagnement des modifications des organisations.

3.3.3. LES EFFECTIFS

Concernant l'organisation paramédicale de l'HDJ médico-chirurgical, hors gériatrie, c'est un infirmier du service de chirurgie-MPU qui est affecté à cette unité ambulatoire. Le temps de présence s'agence comme suit :

Un infirmier de 7h à 14h30 (pause repas incluse), ainsi qu'un autre de 11h à 19h (pause repas incluse) ; aucun poste aide-soignant n'est affecté.

L'effectif est donc d'un professionnel entre 7h et 11h, de deux entre 11h et 12h15 (à l'arrivée de l'infirmier d'après-midi), d'un entre 12h15 et 13h30 (durant le temps de la pause du repas), puis de deux de 13h30 à 14h30 (jusqu'au départ de l'infirmier du matin) et enfin d'un infirmier de nouveau entre 14h30 et 19h. J'ai représenté l'effectif infirmier dans le tableau suivant, afin que cela soit plus évocateur.

Tableau d'effectif paramédical en HDJ (hors temps de pause)⁵⁴

| Présence IDE Jour | 7h | 8h | 9h | 10h | 11h | 12h | 13h | 14h | 15h | 16h | 17h | 18h | 19h |
|----------------------|----|----|----|-----|--------|--------|--------|--------|--------|-----|-----|-----|-----|
| Lundi | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mardi | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mercredi | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Jeudi | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Vendredi | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

L'équipe infirmière est composée de 13 personnes, correspondant à 10 équivalents temps plein. Seules deux personnes sont à temps complet, les autres professionnels sont à mi-temps, 75 % ou 80 %.

Le planning est organisé pour servir des secteurs comprenant la MPU, la chirurgie et l'HDJ. Ceci permet de développer des compétences sur les différentes spécialités. Cependant, des pertes d'informations peuvent être observées si les professionnels passent un temps assez long sans aller sur un des trois secteurs. La communication orale doit donc être complétée par un réseau d'information et de communication formalisé.

⁵⁴ Source : auteur

3.3.4. LES INDICATEURS D'ACTIVITE

Pour obtenir une vision réaliste de l'organisation de l'HDJ, nous devons connaître plusieurs indicateurs. La directrice générale cite trois indicateurs incontournables : le taux d'occupation, le taux de rotation et le nombre de patients dits « forains »

Le taux d'occupation est calculé par :

(le nombre de journées réalisées/ nombre de jours d'ouverture) /nombre de places X 100 ;

Le coefficient de rotation correspond au nombre d'admissions sur le nombre de places (pour obtenir le taux il faut le multiplier par 100) ;

Le taux de patients forains correspond à la proportion de patients en ambulatoire mais qui sont hébergés dans un service d'hospitalisation à temps complet.

Pour les activités de médecine ambulatoire :

Le taux d'occupation en HDJ passe de 20,65 % en 2016 à 25,12 % au 31/10/2017 ;

Le coefficient de rotation évolue peu, il progresse de 0,2 à 0,25 entre ces deux années ;

Le taux d'ambulatoires forains est identique à 0,5

En ce qui concerne les spécialités de chirurgie en HDJ :

Le taux d'occupation progresse de 103 % à 125,2 % ;

Le coefficient de rotation évolue également favorablement entre 2016 et 2017, avec une augmentation de 1,034 à 1,252

Enfin, le taux de patients forains diminue légèrement, avec des chiffres de 0,038 à 0,031⁵⁵.

Ces chiffres sont à relativiser car ils sont calculés sur la base de quatre places de médecine et six de chirurgie sur la totalité des dix places de l'hôpital de jour. Or, cela ne correspond pas à la réalité puisque les places sont occupées de façon à répondre aux besoins des activités et les capacités d'accueil en chirurgie ou médecine sont donc variables.

Précisons que certains jours les spécialités qui ont des vacances au bloc opératoire sont à fort impact ambulatoire (comme l'endoscopie par exemple), alors que d'autres jours, ce n'est pas le cas. Le non lissage de l'activité sur les cinq jours de la semaine explique les déficits en places certaines journées, et un manque de remplissage d'autres jours.

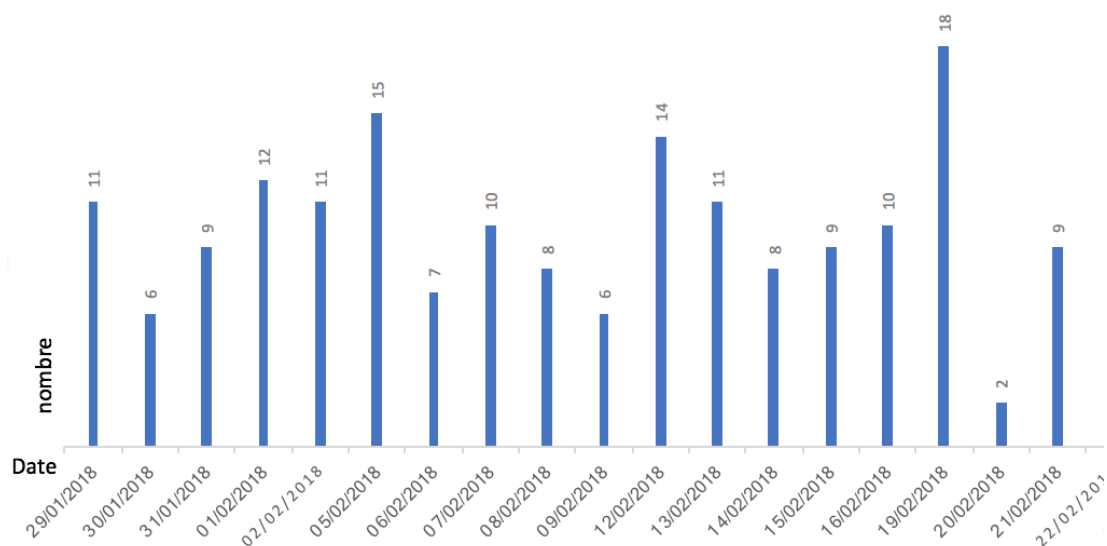
Prenant en compte l'arrivée de nouveaux médecins, d'une part, les actes sont de plus en plus réalisés en ambulatoire pour des raisons de techniques d'interventions et d'évolutions de la culture médicale chez ces jeunes opérateurs. En effet, les chirurgiens les plus anciens dans le métier ont eu l'habitude d'opérer les patients dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet le plus souvent. Certains ont pu s'adapter et suivre les nouvelles techniques, comme la coelioscopie par exemple, qui est nettement moins invasive et avec des suites opératoires moins lourdes qu'avec une incision. Les plus jeunes médecins, quant à eux, ont été formés avec ces techniques et cette culture de favoriser l'ambulatoire. Ils sont également davantage au clair, me semble-t-il, avec les recommandations et les enjeux économiques de la santé. C'est en tout cas ce que j'observe sur le CHEL.

D'autre part, certains actes sont en eux-mêmes à fort taux d'ambulatoire (cataractes, endoscopies, phlébectomies...). Quand sur une même journée, deux activités à fort potentiel ambulatoire se chevauchent, comme par exemple la chirurgie orale et des actes d'endoscopie digestive, la rotation au bloc opératoire est rapide et le nombre de patients par conséquent important.

Afin d'avoir une vision objective de la situation, j'ai réalisé un récapitulatif de l'activité sur un mois standard (hors vacances scolaires), nous observons ci-après les chiffres de février 2018.

⁵⁵ Chiffres obtenus après sollicitation du DIM du CHEL en décembre 2017

Actes réalisés en HDJ en février⁵⁶



Ces indicateurs du nombre de patients quotidiens montrent une grande disparité entre les journées et un manque de lissage des actes réalisés en HDJ.

En outre, j'ai souhaité obtenir le temps moyen de présence des usagers de l'ambulatorio afin d'évaluer la capacité à améliorer la rotation sur une même place.

En ce qui concerne la médecine, nous observons un léger allongement du temps de présence de 7h14 en 2016 à 7h20 en 2017.

A l'inverse, la chirurgie diminue la durée de 5h35 à 5h29.

Ces temps doivent servir d'indicateurs et ne pas être pris *stricto sensu*, en premier lieu car ils sont extraits du logiciel du dossier patient informatisé. Or les infirmières n'effectuent pas toujours les sorties de patients sur ordinateur en même temps que la sortie effective de l'unité, ce n'est donc pas réalisé en temps réel. Ensuite, car il s'agit de moyennes et que les durées d'hospitalisation peuvent être très variables d'une spécialité à une autre, voire d'une intervention à une autre (y compris dans la même spécialité).

Enfin, selon les indicateurs renseignés dans Hospidiag⁵⁷, le taux de chirurgie ambulatoire augmente de 39 % à 52 % entre 2012 et 2016 ; et le taux d'utilisation des places (correspondant au taux d'occupation) en ambulatorio passe de 94 % à 113 %.

Ces différents indicateurs d'activité nous permettent de constater une amélioration de l'utilisation des places de l'HDJ. Cependant une efficacité plus grande est nécessaire afin de répondre aux enjeux de développement de cette activité. Pour adopter une posture cohérente et accompagner les soignants dans les modifications de pratiques, je vous propose une analyse de l'existant.

⁵⁶ Activité obtenue d'après le dossier patient informatisé, en reprenant quotidiennement les interventions au bloc opératoire + les HDJ de médecine gériatrique + les HDJ de médecine générale. Source : auteur

⁵⁷ Indicateurs d'organisation, Hospidiag, disponible sur http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_sessionid=hRPKQbR3S0&_port=5196&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&_finess=440000297&_tab=3&_anfocuse=2016, site consulté le 28-04-2018

3.3.5. ANALYSE DE L'ÉTAT DES LIEUX

Afin d'effectuer un état des lieux de l'organisation, et son analyse la plus complète possible, j'utilise plusieurs angles d'approche. En effet, le travail d'analyse de la situation « *constitue le préliminaire toujours indispensable pour identifier la singularité d'une situation* »⁵⁸.

Pour réaliser cette analyse, j'opte pour deux axes principaux :

- La grille empirique et l'opérateur d'une part : avec tout d'abord une observation de l'état des lieux et son analyse *via* la méthode SWOT ;
- Les grilles stratégique et systémique d'autre part, en examinant les positionnements des acteurs à travers les propos tenus lors d'entretiens, puis en intégrant et définissant des notions de pouvoir et enfin en m'intéressant aux différentes personnalités que nous sommes amenés à rencontrer dans nos organisations.

Première phase : observation et analyse SWOT

Pour ce-faire, il convient de débiter par une observation pour laquelle J-P. Boutinet propose plusieurs orientations⁵⁹ :

La grille empirique qui permet une approche spatio-temporelle, avec les opportunités en lien. Ceci nous ramène à la description réalisée précédemment, avec l'histoire du service et la description de son fonctionnement.

La grille opératoire, qui a pour objectif de « *détecter le type de changement à promouvoir* »⁶⁰, en lien avec l'identification des fonctionnements jugés satisfaisants, des dysfonctionnements ou encore des contraintes surmontables et celles qui ne le sont pas.

Pour analyser *via* cette grille opératoire j'ai réalisé une évaluation en partant de mon observation au quotidien, en utilisant la méthode du SWOT⁶¹. Ceci permet d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'organisation telle qu'elle existe actuellement. Les forces sont les facteurs internes à l'organisation, permettant d'avoir un avantage ; les faiblesses consistent en des facteurs internes également mais négatifs, voire néfastes pour une organisation efficiente. Les éléments extérieurs sont perçus à travers les opportunités, qui sont en lien avec les avantages de l'environnement et sur lesquels nous pouvons prendre appui. Le dernier objet externe est constitué par les menaces, qui peuvent influencer négativement les performances.

J'ai caractérisé les différents éléments identifiés de la façon suivante :

Les forces identifiées résident dans le dynamisme des activités, à travers l'augmentation de l'activité de chirurgie et de médecine en HDJ ; elles sont également dans la volonté que je perçois de l'équipe paramédicale d'être actrice de ce changement d'organisation.

Les faiblesses constatées sont un accueil pluridisciplinaire de médecine et de chirurgie, avec l'intervention de nombreux acteurs médicaux et paramédicaux. Les référents médicaux sont donc nombreux pour les infirmières et les responsables hiérarchiques sont multiples. A ceci, peut s'ajouter des équipes fonctionnant en parallèle sur les jours de présence des infirmières de médecine gériatrique, avec chacune leur cadre responsable, ceci constituant peut-être davantage une difficulté qu'une faiblesse.

Par ailleurs, dans l'organisation des activités infirmières d'ambulatoire, des tâches sont effectuées en hospitalisation à temps complet (comme les bilans sanguins et la préparation des médicaments). Ceci

⁵⁸ BOUTINET J-P., Psychologie des conduites à projet, Editions PUF, 6^{ème} édition, mise à jour juin 2014, p 92, 127 pages

⁵⁹ BOUTINET J-P., *Op Cit*, p 92-93

⁶⁰ BOUTINET J-P., *Op Cit*, p 93

⁶¹ L'analyse SWOT, disponible sur : <https://www.lescahiersdelinnovation.com/2016/11/analyse-swot/>, site consulté le 17-03-2018

était réalisable avec une activité moindre, mais me semble moins adapté dans le cadre d'un développement d'activité en HDJ. Toujours dans l'agencement des soins infirmiers, les infirmières perfusent tous les patients avant leur départ pour le bloc opératoire, ce qui représente un temps important de préparation de chaque patient.

De surcroît, les différents supports de programmation des patients (dossier patient informatisé, agenda papier pour les usagers de médecine polyvalente et mail pour les hospitalisations de gériatrie) sont également une source de difficultés non négligeables, puisque cela ne permet pas une vision globale des patients par jour, toutes spécialités confondues.

En outre, le parcours unique en brancard ne permet pas une optimisation de l'utilisation des places et ne tient pas compte des capacités de chaque utilisateur de l'HDJ.

Enfin, tous les médecins ne fournissent pas le compte-rendu d'hospitalisation le jour-même de la sortie. Il est dicté, puis retranscrit par les secrétaires dans un délai de quelques jours à une semaine (notamment pour les médecins qui sont présents uniquement deux jours par semaine). Or, le référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation de moins de 24 heures, fourni par la HAS précise que, si le document de sortie est disponible le jour de la sortie du patient, il doit lui être remis le jour-même ; si tous les résultats d'examens ne sont pas disponibles, un document de sortie doit lui être remis le jour-même également, en stipulant le statut de document incomplet, avec les résultats à venir, en attente du compte-rendu d'hospitalisation complété qui devra lui être envoyé dans un délai de huit jours⁶².

Les opportunités observées sont en quatre points principaux :

- Les orientations nationales et régionales de développement de l'ambulatoire et les objectifs en ce sens de la direction et des médecins ;
- L'organisation par la direction générale d'une réunion de présentation des nouveaux médecins et de leurs activités auprès des professionnels libéraux. Cette rencontre avait pour objectif de faire connaître les spécialités présentes sur l'établissement et de renforcer le partenariat ville-hôpital ;
- L'arrivée d'une aide-soignante en reprise d'activité professionnelle après un arrêt long, sur un poste aménagé en hôpital de jour ;
- L'arrivée d'une nouvelle anesthésiste, avec des souhaits de dynamiser l'activité, et ayant participé sur son précédent poste, à la mise en place du parcours du patient debout au bloc opératoire.

Les menaces sur l'hôpital de jour me paraissent être en lien avec les difficultés de recrutement d'effectif médical. A savoir en premier lieu l'avenir incertain de la chirurgie orthopédique et le fonctionnement avec les médecins remplaçants, ce qui permet peu d'effectuer de la chirurgie programmée. En deuxième lieu, la pénurie de médecins anesthésistes (en lien avec des départs à la retraite pour la moitié d'entre eux) et donc un fonctionnement également basé sur des médecins intérimaires ne favorise pas l'implication des acteurs et l'harmonisation des pratiques. En troisième lieu, des enjeux de pouvoir forts entre la direction des soins et la communauté médicale qui complexifient le travail en commun.

En dernier lieu, j'identifie une coordination et une mise réseau avec les partenaires extérieurs insuffisantes, malgré une volonté initiée et certaine de la part de la directrice générale.

⁶² HAS DAQSS_document de sortie d'hospitalisation_ Validation par le Collège de la HAS : 15 octobre 2014, p1, 8 pages, disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf, site consulté le 17-03-2018

Deuxième phase : entretiens, analyse stratégique et systémique

La troisième grille définie par Boutinet est **la grille stratégique**, qu'il positionne dans une logique de jeux d'acteurs d'un point de vue individuel, mais également collectif, ainsi que **la grille systémique**, qui s'intéresse aux institutions et aux « *demandes et objectifs dont chaque institution est porteuse* »⁶³. Dans le cadre de ces deux grilles, je réalise des entretiens avec différents acteurs intervenant ou ayant un lien avec l'hôpital de jour médico-chirurgical.

Ces entretiens ont un double objectif : recueillir l'avis des personnes interrogées sur le fonctionnement de l'hôpital de jour, mais également les informer du projet à mener, évaluer leur implication possible ; ainsi que les influences et alliances réalisables. En effet, « *une analyse des "acteurs externes" et des "groupes d'influence" est (...) déterminante dès le début du projet. Cela permet de construire une stratégie de communication et d'influence* »⁶⁴.

Je choisis de mener des entretiens semi-directifs, avec une question de départ ouverte et généraliste : « *Selon vous quels sont les enjeux de l'HDJ au CHEL actuels et futurs ?* ». Puis je recentre les propos par des questions en fonction du déroulement des entretiens. J'effectue le choix de laisser les personnes interviewées s'exprimer de façon assez libre, afin d'obtenir leur vision propre de l'organisation de l'hôpital de jour et les faiblesses identifiées de leur point de vue. Elles peuvent ainsi, pour certaines d'entre elles, effectuer des propositions.

Je m'entretiens avec les médecins qui interviennent de façon régulière en hôpital de jour (médecin responsable de l'HDJ polyvalent, médecin responsable de l'HDJ gériatrique, médecin anesthésiste coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire), la présidente de CME, les directeurs fonctionnels, ainsi que la directrice générale, la cadre du bloc opératoire et une représentante des usagers.

Je réalise donc 10 entretiens auprès (chronologiquement) :

- D'un médecin responsable de l'HDJ médical polyvalent, et chef de pôle de médecine ;
- D'un médecin gériatre, responsable de l'activité d'HDJ gériatrie, chef de service de la Médecine Gériatrique ;
- D'un médecin anesthésiste, responsable de l'ambulatoire chirurgical, chef de service de l'anesthésie ;
- D'une représentante des usagers ;
- De la directrice des affaires financières ;
- De la directrice générale ;
- Du médecin chef de pôle Urgences-MPU-Chirurgie-Bloc opératoire, chef de service des Urgences ;
- D'une cadre de santé du bloc opératoire et de l'équipe de brancardiers ;
- De la directrice des soins, directrice qualité au CHEL ;
- De la présidente de CME, pharmacienne.

Je vous propose une analyse des entretiens réalisés⁶⁵.

Il s'agit ici d'une analyse de contenu, définie par L. Bardin comme « *un ensemble de techniques d'analyse de communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'interférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables interférées) de ces messages* »⁶⁶.

⁶³ *Ibid*, p 93

⁶⁴ NERE J-J., Le management de projet, Editions PUF, 4^{ème} édition, mise à jour septembre 2015, p 61, 127 pages

⁶⁵ Grille des entretiens en annexe N° 2

⁶⁶ BARDIN L., L'analyse de contenu, 1998, cité par Stéphane DIEU dans « Le travail de coopération entre cadres de santé : un lien de coopération et/ou de collaboration ? », p 9, 141 pages, éditions HAL, septembre 2014

Les réponses aux entretiens révèlent que les enjeux de l'hôpital de jour médico-chirurgical peuvent être perçus différemment selon l'acteur interrogé et son implication dans la structure. Toutes les personnes interviewées identifient cependant des éléments communs :

- Une connaissance de la politique de santé nationale visant au développement de l'ambulatoire⁶⁷ ;
- Une conscience de l'enjeu d'augmentation d'activité ambulatoire en interne au CHEL, faisant le lien avec l'intégration de nouveaux acteurs médicaux ;
- L'importance de l'organisation pour une meilleure optimisation : cinq personnes font un parallèle avec l'utilisation d'indicateurs de performance, cinq également avec la gestion des ressources humaines et trois d'entre elles avec les ressources matérielles ;
- Cinq ont déjà connaissance de la possibilité d'organiser plusieurs parcours de prises en soins, mais tous seraient favorables à une diversification de l'accueil et de la prise en charge, même si une des personnes interviewées ne perçoit pas le gain de place ou de temps que cela pourrait apporter ;
- Quatre évoquent l'importance de la coordination, que cela soit en interne à l'unité ou en externe, avec les partenaires de ville ;
- La notion de qualité est également très présente, elle est citée sept fois, tant par les médecins que par les directeurs fonctionnels ou la représentante des usagers ;
- Tous ont également conscience que les techniques chirurgicales, anesthésiques et les disponibilités médicales contraignent l'organisation et la durée de séjour.

Au-delà de cet aspect quantitatif des termes relevés, il est à noter que les médecins se positionnent sur leur activité spécifique et n'ont que peu de vision des autres contraintes, à l'exception du médecin chef de pôle de médecine. Nous pouvons expliciter cela par sa participation aux instances, son positionnement au sein de l'institution et les rencontres auxquelles elle a pu participer avec l'ARS.

En ce qui concerne le chef de pôle urgences-chirurgie-MPU-bloc, il a quasi exclusivement un positionnement sur son exercice en tant qu'urgentiste. Ceci peut se comprendre, puisqu'à l'occasion de cet entretien, il m'annonce qu'il n'est plus chef de pôle depuis plusieurs semaines. Quand j'évoque ce point avec la directrice générale, elle précise qu'il en a fait la demande, mais qu'à ce jour aucune suite n'a été donnée.

La présidente de CME appréhende de façon globale l'ensemble des activités. Elle est un maillon stratégique de l'établissement. Son positionnement se trouve dans une démarche de fortes alliances avec l'ensemble de la communauté médicale. C'est une personnalité reconnue par les médecins. Elle a renouvelé son mandat à la CME en 2017, avec l'unanimité en sa faveur. De plus, elle est docteur en pharmacie et ne se trouve donc pas en concurrence avec ses confrères médecins. Elle travaille en étroite collaboration avec la directrice générale à qui elle a annoncé publiquement son envie de travailler avec elle et le plaisir de sa nomination.

La directrice générale possède une vision élargie et effectue le lien avec le niveau national, le territoire et l'avenir de l'établissement. Lors de l'entretien, elle confirme son intérêt pour ce projet, elle évoque d'ailleurs certaines perspectives. En effet, elle précise que le secteur d'HDJ est un secteur stratégique et que pour la chirurgie (notamment) sur le CHEL, « *tout se joue dans les 2 ans* ». Je perçois donc une attente forte de sa part, en lien avec des indicateurs incontournables : le taux d'occupation, le taux de rotation et le taux de patients dits forains. Elle précise qu'il faut être innovant, calculer ce qui peut être réalisé et me demande si j'identifie déjà certains freins auprès des acteurs interrogés. Je peux donc considérer qu'elle sera porteuse de ce projet d'un point de vue institutionnel.

La directrice des affaires financières, ainsi que la coordinatrice des soins ont également cette vue d'ensemble, avec une distance inhérente à leur fonction. A l'occasion de cet entretien, la directrice des affaires financières me demande si je vais réaliser une étude médico-économique sur un projet

⁶⁷ D'ici à 2022, le taux cible de médecine ambulatoire est fixé à 55% et à 70% pour la chirurgie ambulatoire par la ministre de la santé, Mme BUZYN (contre 43% et 54% actuellement sur le plan national), *Op Cit*, Le monde : la ministre de la santé dévoile ses pistes pour réduire le déficit global de la santé, article du 21-10-2017, site consulté le 11-12-2017

précis en urologie. Je peux donc discerner son intérêt, mais sur un thème précis (ici l'urologie) et sur l'activité de l'HDJ en général (et son versant en hospitalisation à temps complet), en lien avec des indicateurs médico-économiques et une valorisation financière.

Les trois directrices fonctionnelles (incluant ici la directrice générale), ainsi qu'un des médecins expriment leur intérêt quant à ce travail pour le développement de l'HDJ et en attendent une mise en application concrète.

Par ailleurs, la directrice générale et la directrice des soins positionnent l'unité d'hôpital de jour et l'établissement comme un maillon de la chaîne des soins. Elles précisent l'importance d'une coordination étroite entre le CHEL et les partenaires extérieurs (médecins traitants, infirmières libérales) en intégrant des dispositifs tels le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)⁶⁸ ou la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)⁶⁹.

Enfin, la directrice générale évoque les termes « *d'hôpital de demain, (...) un processus en émergence, (...) imaginer, (...) ce qui se dessine dans l'avenir* ». Dans le même esprit, la coordonnatrice des soins parle « *d'innover, (...) d'avoir des idées, (...) de créer* ». Nous observons donc que les notions d'innovations sont très présentes dans le discours des acteurs stratégiques et qu'elles considèrent la diversification des parcours patients comme une innovation organisationnelle. Nous reviendrons sur ces termes ultérieurement.

Ces entretiens sont très riches, tant sur le plan de ce qui est exprimé qu'en ce qui concerne le versant stratégique. En effet, observer le positionnement des différentes personnes interviewées me permet de percevoir de leur part un intérêt, et même une attente quant à ce projet de développement des activités en hôpital de jour, à travers une organisation optimisée et efficiente.

Je peux par ailleurs analyser les jeux d'acteurs, les enjeux de pouvoir entre les médecins, entre les médecins et les directeurs et enfin entre les directeurs.

Ces entretiens mettent en exergue ces notions de pouvoir et les différentes personnalités qui peuvent être rencontrées dans nos organisations de travail. Il me semble donc important de développer ces deux éléments pour les intégrer à mon analyse.

Le pouvoir :

Pierre Morin déclare que « *pour travailler ensemble, il faut coopérer malgré les divergences d'intérêt et d'objectifs personnels. (...) Bien organiser les relations de gens appelés à travailler ensemble exige de prendre en compte leurs pouvoirs réciproques (...). Tout le monde, à des degrés différents certes, a du pouvoir dans les organisations* »⁷⁰. Afin de mieux comprendre ce qui se joue ici, nous allons à présent définir ce qu'est le pouvoir.

Pour Max Weber « *le pouvoir consiste dans les chances d'imposer sa propre volonté même contre une résistance* », alors que pour Michel Crozier et Erhard Friedberg, le pouvoir est présent dans toute relation au sein des organisations. Effectivement, pour eux, le pouvoir est : « *le résultat toujours contingent de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitudes pertinentes qu'ils contrôlent dans une structure de jeu donné, pour les relations et tractations avec les autres participants à ce jeu. C'est donc une relation...* »⁷¹. Le pouvoir entraîne donc des contre-pouvoirs, incluant des relations entre les différents acteurs et des négociations de part et d'autre.

⁶⁸ Service de retour à domicile initié par l'assurance maladie en 2010

⁶⁹ Réhabilitation (ou récupération) améliorée après chirurgie, « Il s'agit d'une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période périopératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures », disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/raac_annexe_avis_parties_prenantes_2016.pdf, p 11/128, site consulté le 11-12-2017

⁷⁰ MORIN P., Le management et le pouvoir, Editions d'organisation université, 1991, p 27/48, 190 pages

⁷¹ MORIN P., *Ibid*, p 34

Pour mieux comprendre les enjeux de pouvoir, il semble important d'en identifier les sources. Pour cela, nous pouvons nous référer à French et Raven, selon eux, cinq sources de pouvoir existent⁷² :

- les normes, correspondant aux lois, aux conventions sociales, ou aux craintes de la transgression ;
- l'expertise ;
- le charisme : les leaders charismatiques ont le pouvoir que leur donnent les personnes séduites par leurs personnalités, ce qui crée une dépendance ;
- l'information : la détention, voire la rétention d'information donne du pouvoir à ceux qui ne possèdent pas cette information ;
- la gratification ou coercition est la dernière source de pouvoir décrite par ces auteurs, c'est-à-dire pouvoir accorder un bien monétaire ou un bien à quelqu'un qui le désire.

D'autre part, selon Crozier, d'autres sources de pouvoir sont présentes dans les organisations : les deux premières citées se retrouvent dans la présentation de French et Raven.

En premier lieu, le contrôle des moyens de l'organisation (financiers, moyens en personnels), correspondant donc au pouvoir hiérarchique formel.

En deuxième lieu, effectuer de la rétention d'information, sur des thèmes importants que les autres souhaiteraient connaître, crée une source de pouvoir.

En troisième lieu, le flou et l'incertitude renforcent le pouvoir et inversement, les règles et règlements diminuent son pouvoir car cela réduit l'incertitude.

La quatrième source de pouvoir réside dans le savoir, l'expertise négociables. Une cessation d'activités ou une modification des organisations peut entraîner la fin d'une habileté, d'un savoir-faire et donc une perte de pouvoir.

La dernière source de pouvoir est constituée par les rapports avec l'environnement : avoir des contacts avec les services périphériques, être le point de passage de communication, des relations donne du pouvoir, quel que soit le grade ou le statut.

A travers ces différents auteurs, nous pouvons donc identifier certaines sources de pouvoir, formelles ou non, en lien avec le positionnement hiérarchique, ou pas. En avoir connaissance me semble primordial, afin d'adopter une stratégie pertinente, avec un positionnement clairvoyant. Ceci, d'autant plus que les liens entre pouvoir et dépendance sont inversement liés : si A possède du pouvoir sur B, B dépend d'A et de son bon-vouloir ; d'où les contre-pouvoirs, alliances et l'utilisation des zones d'incertitude.

Dans les organisations, ces notions de pouvoir et d'alliance sont à avoir à l'esprit dans notre exercice quotidien. Ce type de relations s'exerce dans les équipes de soins, au sein de l'équipe des cadres, et également dans les équipes de la direction. Dans ces relations de pouvoir, les enjeux sont la finalité. Les enjeux sont définis selon le Petit Robert comme ce que l'on peut gagner ou perdre. Les enjeux d'une situation de travail peuvent être valorisés positivement (ce que l'on souhaiterait voir augmenter en cas de modification d'une situation), ou négativement (ce dont on souhaiterait se débarrasser en cas de changement)⁷³.

Ceci entraîne une nécessité de coopération, de négociations. En effet, « *une profonde coopération ne peut s'établir qu'à travers une relation de négociations (...)* ; *négocier constitue un mode d'interaction où chaque partie sait qu'elle a intérêt à rechercher à modifier conjointement ses relations avec l'autre en acceptant de prendre en compte les rapports de pouvoir et de dépendance réciproques* »⁷⁴. Cette négociation implique de connaître les enjeux, mais aussi que chacune des parties ait un gain à obtenir. Si l'autre personne n'a rien à y gagner, elle n'aura aucune raison de négocier, mais au contraire cela constituera un frein réel à la mise en place du projet.

Dans les relations stratégiques, il convient que nous prenions en compte les fonctionnements individuels exacerbés par le rapport que certaines personnes peuvent avoir avec le pouvoir. Nous

⁷² MORIN P., *Ibid*, p 35

⁷³ MORIN P., *Ibid*, p 111

⁷⁴ MORIN P., *Ibid*, p 46

devons également avoir conscience des conséquences que nos organisations peuvent avoir sur les comportements.

Les différentes personnalités :

Nicole Aubert évoque des aspects de personnalité qui peuvent être engendrés par les organisations dans lesquelles nous évoluons. Elle évoque le principe d'hypermodernité qui met l'accent sur l'évolution de la société, la radicalisation de la modernité, sous-entend des individus dans l'excès, qui vivent tout en intensité. L'individu est alors « *déconnecté symboliquement et cognitivement de tout (...), (c'est un individu) pour lequel il n'y a plus de sens à se placer du point de vue de l'ensemble* »⁷⁵, avec une personnalité très individualiste. Selon l'auteur, cet individu hypermoderne évolue dans une société narcissique, avec un brouillage des repères, une tendance à la confusion, voire à l'effacement de la sphère intime et publique. Avec l'évolution des technologies et notamment les téléphones portables permettant de recevoir ses e-mails professionnels à domicile, nous observons fréquemment cette confusion et une non rupture entre le temps de travail et le temps de repos. Les personnes peuvent alors répondre à des questions d'ordre professionnel sur leurs temps d'absence, y compris pendant leurs vacances. Cette tendance peut alors accentuer la perception de certains d'être irremplaçable et soutenir un sentiment d'hyperpuissance.

Par ailleurs, dans ce même ouvrage, Eugène Enriquez évoque différents types de personnalité que nous pouvons rencontrer dans nos sociétés hypermodernes, notamment « *la personnalité perverse* »⁷⁶. Ce qu'il qualifie de « *pervers affuté* » met à profit sa connaissance des autres pour mieux développer son emprise sur eux, les soumettre à sa volonté de jouissance, les harceler, les mépriser, les déconsidérer. Il précise que ceci est d'autant plus vrai dans un monde où les collectifs sont délités et que chacun est séparé des autres. L'autre est alors un rival, indifférent, sans valeur en tant que personne, qu'il utilise comme un outil pour servir ses propres desseins et parvenir à ses fins.

Une précision s'impose sur ces descriptions évoquées par les auteurs : il ne s'agit pas ici de personnalités entières, mais bien de traits de caractéristiques de comportements, des points de personnalités induites par la société et les organisations modernes qui ont tendance à l'individualisme.

Il me semble important d'avoir à l'esprit ce type de personnalités pour avoir conscience des relations non transparentes que nous pouvons avoir avec nos collègues ou supérieurs hiérarchiques parfois. Nos organisations sont confrontées à différentes sources de pouvoir : le pouvoir médical, le pouvoir administratif et celui que je qualifierai de soignant, dans la lignée de la direction des soins. Les différentes personnes gouvernantes peuvent avoir des positionnements forts, en lien avec des alliances ou des enjeux divergents. Au sein du CHEL, les relations de pouvoir sont latentes, non affichées, mais cependant visibles, notamment à travers des comportements lors de réunions ou à l'occasion de prises de positions sur certains projets.

Dans le cadre de ce projet, il est important que je garde à l'esprit les alliances stratégiques et positionnements des différents acteurs. Je dois adopter un positionnement central qui me permette de travailler avec les protagonistes. Pour cela, les médecins peuvent être intégrés en effectuant des propositions d'améliorations quant à l'organisation, et la direction des soins peut être un relai important envers la direction générale.

De plus, afin que ces relations de pouvoir servent les organisations, il est important de faire converger les objectifs individuels et ceux de l'organisation. Selon Pierre Morin, « *la convergence des objectifs ne va pas de soi (...). Le domaine humain du management trouve donc son champ d'action privilégiée avec les enjeux du travail et les relations du pouvoir dans lesquelles ils viennent s'imbriquer (...). Si l'un des aspects important de la fonction hiérarchique consiste à garantir que les comportements des subordonnés concordent avec les objectifs organisationnels, alors l'un des moyens d'actions privilégiés réside dans le recours aux enjeux positifs et négatifs et les rétributions qu'ils occasionnent (avantages*

⁷⁵ AUBERT N., *L'individu hypermoderne*, Editions Erès, 2004, p 18, 449 pages

⁷⁶ AUBERT N., *Op Cit*, p 66

et inconvénients) »⁷⁷. Afin de parvenir à la convergence des objectifs individuels et ceux de l'organisation, Pierre Morin préconise de se méfier de l'adhésion supposée des personnels aux objectifs de l'entreprise. Il évoque une confusion entre les objectifs de l'entreprise, et les valeurs, les normes portées par la culture de l'organisation. Il préconise une démarche consistant à « expliciter, affirmer cette culture et montrer la cohérence globale des objectifs organisationnels (...). En revanche, que chaque supérieur explicite à ses subordonnés quelles conséquences les objectifs de l'entreprise vont avoir sur ses contributions et accepte de parler aussi des conséquences sur ses rétributions, en lui rappelant les avantages, les enjeux positifs souvent oubliés, considérés comme « normaux », le dialogue alors devient concret »⁷⁸.

Dans le cadre de l'accompagnement de cette transformation d'organisation, il convient donc que je sois vigilante à l'adhésion supposée des professionnels paramédicaux et médicaux et que je veille à l'axe de la communication, avec une rhétorique adaptée et cohérente auprès des différents acteurs.

A l'hôpital public, en ce qui concerne les rétributions, notre marge de manœuvre financière est faible, voire inexistante. Cependant, nous pouvons mettre en avant les améliorations que cela peut apporter sur les conditions de travail, l'aspect positif d'une organisation plus fluide, répondant à une prise en soins mieux organisée et davantage qualitative.

Un autre aspect de cette rétribution peut être la valorisation de la contribution des acteurs à ce travail par une présentation du changement organisationnel. Ceci leur apporte alors une reconnaissance professionnelle de la part de leurs pairs, ou d'autres professionnels de l'organisation. Il peut ici être question d'une présentation à la CME par le médecin coordonnateur de l'HDJ, d'une intervention par les IDE et AS à la CSIRMT ou encore d'une présentation de l'organisation par la cadre de bloc lors d'une réunion de cadres institutionnelle.

Nous allons à présent nous centrer sur le projet en lui-même et les différents axes développés pour contribuer à l'optimisation de l'hôpital de jour au CHEL.

4. LES DIFFERENTS SCENARI// ETUDIES POUR SON DEVELOPPEMENT

Pour approfondir plus concrètement ce projet managérial, nous allons reprendre les différentes questions évoquées précédemment en nous posant une question principale :

Quels sont les différents *scenarii* envisageables afin de répondre à un besoin grandissant en hôpital de jour médico-chirurgical, en répondant aux orientations institutionnelles, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins ?

4.1. LA PARTICULARITE DE LA GERIATRIE

Une première piste de réflexion est d'accueillir les patients de médecine gériatrique dans un autre espace.

Je peux confronter cette éventualité à la vision du médecin gériatre, lors de l'entretien réalisé avec lui. Sans que je ne lui en parle, il rejette cette possibilité en évoquant cinq raisons. Ce refus est d'ailleurs entendu par la coordonnatrice générale des soins, puisqu'elle évoque une opposition médicale pour une délocalisation de l'activité d'hôpital de jour gériatrique.

Premièrement, le gériatre précise que lors des différents groupes de pilotage qui sont réalisés pour la mise en œuvre de l'HDJ gériatrique, le parcours patient est pensé pour qu'il soit le plus cohérent et pertinent possible. L'ergothérapeute et le médecin effectuent des tests en faisant marcher le patient dans le couloir. Ils évaluent également son aptitude à se repérer.

⁷⁷ MORIN P., *Op Cit*, p 116

⁷⁸ MORIN P., *Op Cit*, p 119-120

Deuxièmement, si on délocalise cette activité dans l'unité de court séjour gériatrique, le patient et son entourage risquent d'être impressionnés par les patients pris en charge dans ce service. En effet, les usagers sont à un stade plus avancé de la maladie et peuvent être désorientés et déambulant.

Troisièmement, les textes stipulent que le lieu d'hôpital de jour doit être un lieu dédié⁷⁹, avec une équipe spécifique à cette activité, ce qui ne serait pas le cas si l'HDJ gériatrique était installé au sein de l'unité de court séjour gériatrique.

Quatrièmement, l'éventualité de délocaliser l'activité d'HDJ de gériatrie ne répond que partiellement aux besoins de place puisque les activités d'hôpital de jour gériatrique n'ont lieu que deux jours par semaine. Certes, ces patients occupent un lit à la journée et cela permet de redistribuer l'espace pour des patients de chirurgie ou de médecine générale, mais cela ne répond pas totalement aux besoins actuels. Par ailleurs, l'ambition est également de développer les activités d'hôpital de jour, et ce sur tous les jours de la semaine.

Cinquièmement, le gériatre évoque parfois « *se sentir de trop* » alors même qu'il répond aux objectifs du projet. Il convient d'être vigilant à la reconnaissance que l'on a des professionnels, qu'il s'agisse de médecins ou de paramédicaux. Il me semble ici que d'un point de vue de la considération, cette éventualité n'est pas satisfaisante. Effectivement, la cible pour les gériatres est d'obtenir deux patients les lundis et trois les jeudis, ce qui est, le plus souvent, réalisé. Que cela leur renvoie-t-il de les délocaliser, alors même qu'ils remplissent l'objectif qui leur est fixé ?

Jorro et Wittorski évoquent la reconnaissance « *un acte d'évaluation de l'activité et de valorisation - légitimation de l'initiateur de l'activité. Autrement dit, la reconnaissance professionnelle ajoute à l'acte évaluatif la dimension de considération, voire d'estime, qui conforte l'acteur dans son for intérieur et consolide sa place dans l'espace social* »⁸⁰.

Ici la reconnaissance de cette activité d'hôpital de jour gériatrique passe donc par l'évaluation du nombre de patients accueillis, mais également par la plus-value qu'apporte cette prise en soins à l'institution et aux usagers. Cela permet ainsi de valoriser le médecin et les autres intervenants (infirmières, ergothérapeutes, assistante sociale et psychologue) pour le travail qui est réalisé.

Il semble donc important de leur laisser toute leur place dans cette organisation d'hôpital de jour. Il convient donc d'étudier d'autres possibilités.

⁷⁹ L'article D. 6124-301 du Code de la santé publique, *Op cit*

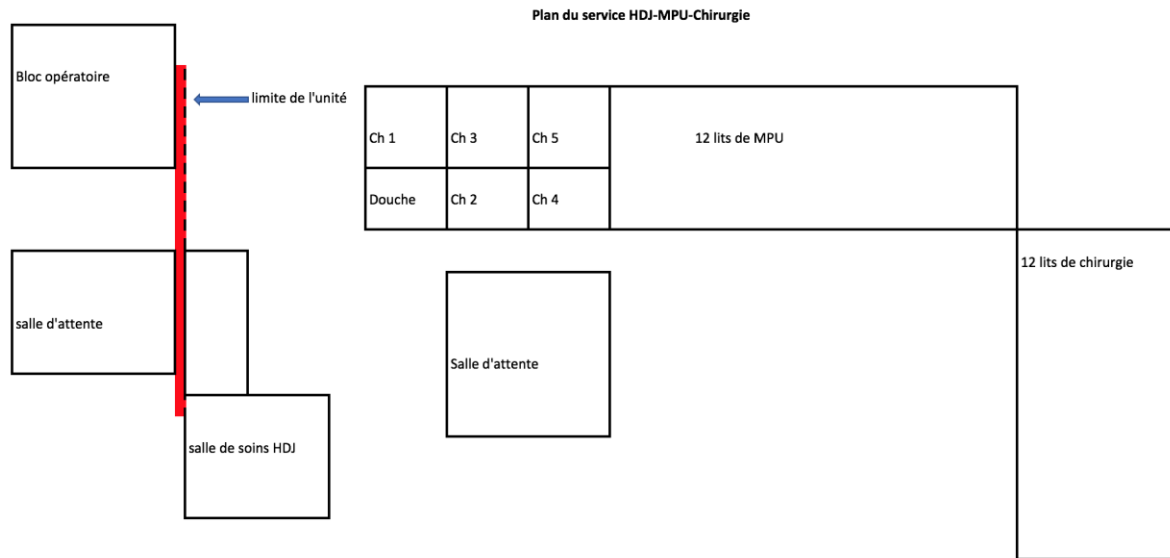
⁷⁹ JORRO A., WITTORSKI R., De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle, Les sciences de l'éducation, Vol.46, N°4, 2013, 118 pages, (p11/22), disponible sur <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2013-4-page-11.htm>, site consulté le 28-04-2018

4.2. AUGMENTER LA CAPACITE D'ACCUEIL DE L'HOPITAL DE JOUR

4.2.1. EN UTILISANT L'UNITE DE MEDECINE POST-URGENCE

Cette seconde option consiste à utiliser différemment l'espace dédié aux lits d'hospitalisation à temps complet. Le schéma de l'unité ci-dessous nous permet de mieux comprendre les options architecturales envisagées.

Représentation graphique de l'unité⁸¹



Tout d'abord, nous avons entamé une réflexion sur les lits de MPU. Cela consiste à accueillir les usagers de médecine polyvalente urgente dans un autre lieu, afin de libérer de l'espace pour développer l'accueil des personnes hospitalisées en HDJ médico-chirurgical. Cette option est intéressante d'un point de vue géographique. Effectivement, les lits de MPU sont en proximité immédiate de ceux du secteur d'HDJ.

Ici encore, plusieurs alternatives s'offrent à nous.

Il est possible de déplacer uniquement une partie des lits. Admettons par exemple que nous délocalisons quatre lits, ce qui nous semble une potentialité intéressante pour répondre aux besoins de l'ambulatoire. Se posent alors des questions organisationnelles sur le plan médical et paramédical en MPU. L'effectif médical est calibré pour la prise en charge de douze patients. L'ouverture de cette unité permet de désengorger les autres unités de médecine et par conséquent de diminuer le temps d'accès aux autres unités de médecine (même si nous ne disposons pas d'indicateur pour cela et qu'il ne s'agit que des ressentis exprimés par les professionnels de ces unités). Cela peut par ailleurs favoriser les entrées directes et diminuer le délai d'attente pour un lit en médecine (sur appel d'un médecin de ville).

Par ailleurs, le nombre de lits de MPU ne semble pas surdimensionné puisque les chiffres d'activité correspondent à la cible fixée avant l'ouverture de l'unité. Les douze lits répondent donc bien à un besoin. Pour conserver cette capacité d'accueil, il faudrait donc relocaliser les quatre lits déplacés dans un autre endroit. Les placer sur un autre étage semble incongru, tant d'un point de vue de la proximité du médecin, que de celle des paramédicaux (les personnels paramédicaux ne peuvent assurer une surveillance et une prise en soins correctes des patients si ceux-ci sont hospitalisés sur plusieurs niveaux).

Une dernière possibilité est alors de prendre de l'espace pour l'HDJ sur les lits d'hospitalisation à temps complet de chirurgie. Nous allons donc à présent étudier cette option.

⁸¹ Source : auteur

4.2.2. EN UTILISANT L'UNITE DE CHIRURGIE A TEMPS COMPLET

L'unité d'hospitalisation à temps complet de chirurgie dispose également de douze lits. Etant donnée la baisse d'activité de 13 % sur ce secteur, évoquée précédemment, nous observons un potentiel ici. Cependant, comme me l'ont confirmé la directrice des affaires financières et la directrice générale lors des entretiens, le maintien de l'activité de chirurgie apparaît primordial. En effet, d'une part la valorisation financière de ces prises en soins est plus intéressante.

D'autre part supprimer ou diminuer le secteur d'hospitalisation à temps complet aurait un impact sur d'autres équipes, notamment les professionnels du bloc opératoire dans leur ensemble. Ceci peut entraîner une cessation des astreintes opérationnelles ou des gardes la nuit pour les infirmiers anesthésistes, les médecins anesthésistes ou encore les infirmiers de bloc. Si le CHEL ne dispose plus de médecin anesthésiste la nuit, cela aura une répercussion sur le secteur de maternité qui ne pourra continuer à fonctionner. Cette option n'est donc pas envisageable aujourd'hui. Nous pouvons également ajouter que les spécialités de chirurgie ortho-traumatologiques ou viscérales répondent à un besoin du bassin de population. Il s'agit pour les interventions sur les fractures de col de population âgée, de proximité géographique.

Pour pousser à son terme cette option du secteur de chirurgie, il est envisageable de réaffecter quatre lits de chirurgie pour quatre patients de MPU. Ce principe rendrait cependant le secteur de chirurgie moins attractif pour les praticiens médicaux (que le CHEL a déjà des difficultés à recruter). Descendre en dessous de douze lits de chirurgie pose le questionnement du devenir et de la pérennité de cette activité (nous pouvons ajouter qu'il est envisagé un partenariat médical avec le CHU de Nantes pour l'orthopédie, le projet est bien de maintenir cette spécialité).

De plus, il convient de tenir compte de l'effet de seuil des personnels paramédicaux. J'entends par là qu'il n'y aurait pas de « gain » en équivalent temps plein, tant le jour que la nuit (une infirmière est nécessaire pour douze ou huit patients, idem pour l'aide-soignante, quant à la nuit cela ne modifierait pas non plus l'effectif). Cette éventualité ne paraît pas adaptée non plus, et n'est donc pas à conserver.

Une dernière option consiste à optimiser l'hôpital de jour existant, notamment par la diversification des parcours-patients.

4.3. DIVERSIFIER LES PARCOURS PATIENTS

Actuellement, en hôpital de jour médical, mais également chirurgical, tous les patients sont accueillis, pris en soins et transportés en brancard. Ils sont installés dans des chambres doubles. Cette organisation ne permet pas d'adaptation à l'activité fluctuante, n'est pas adaptée aux capacités des usagers et ne rend pas la personne hospitalisée actrice de ses soins.

Nous allons évaluer la possibilité de diversifier les parcours patients, en axant l'analyse surtout sur les prises en charge opératoires. Des prises en soins sont à définir en préopératoire et en postopératoire, pour des acheminements vers le bloc debout, en fauteuil, ou en brancard, en fonction des spécialités accueillies dans le service.

Ce *scenario* me semble le plus intéressant pour travailler sur l'optimisation de l'hôpital de jour. Je l'ai donc présenté à la directrice des soins qui m'a donné son aval pour poursuivre la réflexion et la mise en œuvre. J'ai également appris que ce projet a été présenté à l'ARS, et ce avant que j'en obtienne la validation officielle pour poursuivre en ce sens. La tutelle encourage également ce projet. Il convient, pour toutes ces raisons, de le présenter de façon plus développée dans une partie qui lui sera dédiée.

PARTIE 3 – L'ACCOMPAGNEMENT DE LA DIVERSIFICATION DES PARCOURS PATIENTS

Pour intégrer et faire participer l'équipe soignante d'hôpital de jour, je mets en place plusieurs axes de travail. J-J. Néré définit le projet comme « *une démarche conduisant à des résultats observables destinés à un ou plusieurs bénéficiaires, accompagnée d'un faisceau de contraintes* ». Il invite à favoriser la multiplicité des contributions en faisant intervenir des acteurs complémentaires⁸².

Initialement, je pense adopter un management participatif, y compris sur les orientations de ce changement. Cependant, après réflexion sur la stratégie adoptée et les moyens mis en œuvre, je constate que j'oriente le changement organisationnel à travers le choix de mes questions lors des entretiens avec les médecins et les personnels de la direction. En effet, je demande à chaque fois si les personnes ont connaissance d'organisations permettant de diversifier les parcours des patients et si les prises en soins standardisées (en brancard) permettent de répondre à des objectifs d'efficience. Par ailleurs, lors des groupes de travail menés avec les équipes paramédicales, j'ai déjà réalisé l'étude des différentes options. Je leur présente mon travail et les axes envisagés, mais je travaille avec eux sur l'unique axe de la diversification des parcours des patients.

Le courant du développement de l'organisation (ou OD : *Organization Developpement*) est défini par « *un effort planifié de la totalité de l'organisation dirigé du sommet pour augmenter l'efficacité de l'organisation et sa santé, par l'intervention programmée dans les processus de l'organisation utilisant le savoir de la science du comportement* »⁸³. Il s'appuie sur des dimensions humanistes et participatives. « *Il aborde le changement comme une rupture (même si le processus se déroule sur du long terme) dirigée et maîtrisée par la direction (même si les autres acteurs organisationnels sont impliqués directement, notamment par l'intermédiaire de groupes de travail)* »⁸⁴.

Il me semble que cela correspond à l'action entreprise dans le projet qui nous intéresse. Effectivement, dans un premier temps, le développement des activités en HDJ médico-chirurgical est mené par la direction. Dans un second temps, l'axe choisi pour permettre de répondre à cet objectif est initié par la direction des soins. Après réflexion, je choisis de l'orienter vers la diversification des parcours des patients en impliquant les équipes. Pour ce faire, j'utilise plusieurs angles d'approches : groupes de travail, réflexion autour des fiches de tâches aides-soignantes et infirmières, études de l'activité, entretiens auprès des intervenants médicaux.

Pour s'assurer de l'adhésion de l'équipe et éviter les résistances au changement, l'OD préconise un effort de planification de la part des dirigeants, fondé sur l'analyse des comportements, afin de changer les croyances, attitudes, valeurs et la structure de l'organisation pour en augmenter les performances⁸⁵.

Cet effort de planification passe en premier lieu par la réalisation d'un diagnostic afin de définir la stratégie à adopter. Ce diagnostic est réalisé par l'observation quotidienne de l'organisation, les entretiens réalisés, les groupes de travail.

Le deuxième principe fait référence à l'étendue de l'effort. Il est important ici de s'attacher aux valeurs, croyances, cultures des acteurs de l'organisation. Ceci est travaillé auprès des médecins intervenants en HDJ et des IDE et AS de l'unité, mais aussi des brancardiers et professionnels du bloc opératoire et des consultations.

Le troisième principe de l'OD place la direction au cœur du changement. Cela ne se limite alors pas à une validation de sa part, mais bien à un partage des objectifs et à un soutien des méthodes utilisées

⁸² NERE J-J, *Op. Cit.*, p 10-11

⁸³ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op Cit*, p 145

⁸⁴ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op Cit*, p 145

⁸⁵ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op Cit*, p 146

pour parvenir à ces objectifs. Des reportings réguliers me permettent de tenir renseignée la direction des soins, qui elle-même transmet les informations à la direction générale. Lors des directoires, j'ai connaissance que ce projet est abordé, plusieurs directions étant impactées par ce changement. La directrice des soins m'encourage à poursuivre en ce sens et nous partageons les objectifs de développement d'activité, d'intégration de nouveaux projets et bien évidemment de qualité et sécurité des soins.

Le quatrième principe est inhérent à l'amélioration du fonctionnement de l'organisation, avec l'engagement vers un but commun, la flexibilité des structures, la créativité des individus, l'auto-renouvellement et la capacité à faire face à l'imprévu. Les professionnels concernés par ce changement semblent adhérer à une réflexion sur de nouvelles façons de faire et des nouvelles prises en soins. Je développerai ce point, à travers les groupes de travail.

Enfin, le dernier principe de l'OD s'intéresse aux problèmes de motivation, de pouvoir, de communication, de normes culturelles, de relations ou encore de gestions de conflits. Il s'agit ici, à mon sens, du cœur du management d'équipe.

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur le projet et les échéances, je réalise un rétro-planning prévisionnel intégrant les différents acteurs concernés par le projet, ainsi que les délais chronologiques, que je vous propose ci-après.

5. LA PRISE EN SOINS ADAPTEE EN HOPITAL DE JOUR

5.1. LES DIFFERENTS PARCOURS PATIENTS SELON LES SPECIALITES

Afin d'approfondir cette nouvelle organisation, nous allons différencier plusieurs phases de travail : Un premier temps consistera à travailler avec les équipes soignantes. Dans une seconde phase, nous effectuerons un lien avec les médecins, puis nous nous attarderons sur la coordination avec les acteurs internes et externes à l'unité.

5.1.1. L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX

Pour étudier la faisabilité des différents parcours, je travaille d'une part avec une aide-soignante en poste aménagé sur l'HDJ, d'autre part sur les fiches d'activités avec des aides-soignantes et enfin avec les infirmières sur leurs fiches d'activités et sur les différents actes effectués en HDJ, permettant une ouverture des prises en soins et éligibles à certains parcours en fauteuils ou debout.

Intégration d'une aide-soignante en poste aménagé

Tout d'abord je m'attache à inclure les aides-soignantes. En effet, un poste aménagé, pour une aide-soignante en reprise professionnelle après un long arrêt, est acté par la direction des soins et la direction des ressources humaines. Ce poste n'est pas pérenne, il est à durée qui sera déterminée selon l'adaptation au poste de travail de l'aide-soignante en question. Il serait potentiellement renouvelable pour d'autres personnels, dans des conditions identiques, à savoir pour des réintégrations au travail de professionnels, avec des restrictions le plus souvent physiques.

Nous étudions donc les différentes activités qui peuvent relever du rôle aide-soignant. En effet, comme je l'ai explicité auparavant, seuls des infirmiers intervenaient en hôpital de jour. Nous pouvons donc identifier ce qui relève de leurs missions et ce qui peut être attribué à une aide-soignante. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point, à travers la réalisation d'une cartographie des compétences.

X. Marchand⁸⁶ préconise de mettre en situation une personne dans un nouveau contexte, en n'omettant pas le désapprentissage de l'ancien contexte. Son principe consiste à faire réfléchir et à dissocier le travail actuel et le travail à venir. Il convient alors de mettre en mot les anciennes représentations, ainsi que les nouvelles pratiques. Il est question ici de la conduite du changement, en intégrant les compétences.

Nous pouvons analyser cette situation de travail sous trois angles différents :

Tout d'abord du point de vue des aides-soignantes de l'unité : il s'agit d'effectuer une projection de l'existant en y réintégrant les activités inhérentes à leur profession. Leur vision de l'organisation en HDJ est telle qu'elle existe aujourd'hui, avec les infirmières. Il convient de bien identifier leur fonction afin de modifier les pratiques pour intégrer à l'organisation les tâches relevant de leurs compétences.

Du point de vue de l'aide-soignante en poste aménagé arrivant dans le service : elle n'a pas à désapprendre ce qu'elle effectuait auparavant car c'est une nouveauté pour elle. Elle a connaissance que ce poste n'existait pas et qu'elle est la première à réaliser ces missions en tant qu'aide-soignante. Elle possède un point de vue neuf et peut faire preuve d'esprit critique. La variable à prendre en compte est dans ses capacités et son implication dans ce nouveau rôle. Elle doit cependant intégrer les nouvelles activités et l'organisation inhérentes à l'hôpital de jour.

⁸⁶ MARCHAND X., Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 27-10-2017

Enfin du point de vue des infirmières : il est important qu'elles abandonnent les tâches qu'elles effectuaient auparavant afin de laisser sa place à leur nouvelle collègue. Ceci sans qu'elles ne conservent les actes valorisants en lui attribuant uniquement le bio nettoyage.

L'aide-soignante, Mme O. arrive dans l'unité le 4 décembre 2017. Afin de préserver ses capacités et d'effectuer une reprise du travail de façon progressive, il est convenu qu'elle travaille dans un premier temps 3h30 par jour (les horaires de travail sont décidés de façon conjointe avec les infirmières et les aides-soignantes). Ceci ne couvre donc pas les besoins en totalité, mais constitue une transition.

Mes premières observations font état d'une satisfaction tant de la part de Mme O. que des infirmières avec lesquelles elle travaille. Elle effectue l'accueil, accompagne l'usager dans sa chambre, explique le déroulement du temps d'hospitalisation. Elle réalise également l'appel de la veille (pour informer de l'heure d'arrivée et des incontournables au bon déroulement de la prise en charge), puis le bio-nettoyage.

En février 2018, suite à plusieurs entretiens d'évaluation de son travail et de ses ressentis physiques, Mme O. me fait part de son intérêt pour ce poste, malgré quelques douleurs. Elle exprime une « bonne intégration » et un sentiment de satisfaction au travail. Ses collègues infirmières me confirment l'aspect positif de sa présence.

Nous pouvons décomposer l'analyse en deux axes principaux :

Tout d'abord, avant l'intégration de Mme O. les infirmières effectuent des tâches d'accueil des usagers de l'ambulatorio, des actes techniques, mais elles ont également des activités de bio-nettoyage et de reconditionnement des brancards et des chambres. Ceci ne correspond pas à leur cœur de métier ni à l'utilisation optimale de leurs compétences.

Ensuite, l'accueil des patients est plus fluide : lorsque l'infirmière est occupée à préparer un patient pour le bloc opératoire, l'aide-soignante en accueille un second, lui explique le déroulement de son temps d'hospitalisation ou lui sert une collation.

L'infirmière est donc mobilisée par des activités relevant davantage de sa compétence et possède plus de temps pour les effectuer. L'organisation en est donc améliorée.

Modification des organisations infirmières

Je mets en place un groupe de travail, avec plusieurs infirmières, afin de mettre à jour leurs fiches de tâches en HDJ, en lien avec la modification de leurs activités, mais également dans le but de les amener à réfléchir à d'autres parcours possibles, une autre organisation à mettre en œuvre, une manière différente de prendre en soin ces usagers.

Ces groupes de travail consistent en une réflexion et mise au travail autour des parcours patients, en observant les différents temps où les infirmiers interviennent. Ceci constitue une approche par processus. L'HAS définit le processus comme « *une suite d'étapes et d'activités au service d'un objectif identifié et mesurable* »⁸⁷. Cette définition permet de poser les bases, cependant pour aller plus loin, nous conviendrons que c'est « *une méthode d'analyse ou de modélisation (...) qui consiste à décrire de façon méthodique une organisation ou une activité, généralement dans le but d'agir dessus* »⁸⁸.

L'approche par processus comme outil de management est mise à l'ordre du jour par la norme ISO 9001 des années 2000, et est également appelée management de (ou par) la qualité. Elle permet, au-delà de procéder et sécuriser, de donner du sens à ce qui est réalisé.

⁸⁷ Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, guide méthodologique, ANAP, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf, 113 pages, p22

⁸⁸ BRANDENBURG H., WOJTYNA, L'approche processus, mode d'emploi, Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 2006, 190 pages, p 17, disponible sur Google books, https://books.google.fr/books/about/L_approche_processus.html?id=Va0ITxTdAdgC&redir_esc=y, site consulté le 29-10-2017

En décrivant les différentes étapes de soins des usagers en hôpital de jour, je travaille en deux phases avec les infirmières, d'abord nous menons une réflexion sur les fiches d'activités, puis sur l'éventualité de diversifier les parcours patients.

Première phase : réflexion sur les fiches d'activités

Dans un premier temps, nous mettons à jour leurs fiches de tâches en tenant compte de la création du poste de Mme O. Je tiens à spécifier ici, qu'il m'est bien été précisé que ce n'est pas un poste pérenne, mais uniquement à durée déterminée. N'ayant connaissance, ni l'aide-soignante en question, ni moi, de cette durée, puisqu'en lien avec ses capacités physiques de reprise de travail, il me semble néanmoins difficile de ne pas l'intégrer à cette nouvelle organisation. La modification des fiches d'activités prend donc en compte l'intégration d'une aide-soignante en HDJ.

Dans un second temps, nous réfléchissons à comment modifier les organisations actuelles, afin de prendre en soin le patient de façon plus optimale. Le but de ce travail est d'examiner différents parcours de prise en soins de l'utilisateur. Nous mettons en évidence trois parcours différents en détaillant les étapes successives.

Deuxième phase : étude des divers parcours patients

Tout d'abord j'amène les infirmières à réfléchir par un *brainstorming* sur ce qu'elles perçoivent comme obstacles au développement de l'ambulatoire et comme leviers éventuels. Les éléments cités sont les brancards qui sont immobilisés toute la journée, une attente parfois longue du passage du médecin ou du chirurgien, une salle d'attente inadaptée en l'état à la préparation des patients, des tenues de bloc non adaptées au déplacement debout (ouvertes derrière), un manque de matériel (notamment de fauteuils). Nous observons ici des obstacles essentiellement d'ordre matériel. Lors de ce travail, les infirmières sont parties prenantes de ce projet et forces de propositions d'un point de vue organisationnel.

Nous pouvons expliquer cette implication par plusieurs aspects. En effet, Christine Marsan parle du changement comme d'un élément salubre, qui permet de redynamiser, de dépasser les inerties personnelles et collectives, de donner un « nouveau souffle »⁸⁹. Nous nous trouvons ici dans cette dynamique de mouvement qui pousse à avancer de façon positive. Etant donnée la taille de l'établissement et le contexte financier, les personnels sont très au clair de ce qui se joue actuellement et de l'importance de dynamiser l'activité, notamment au travers le développement de l'hôpital de jour.

En ce qui les concerne, Kotter et Schlesinger⁹⁰ décrivent quatre raisons à une attitude de résistance au changement :

La première raison évoquée est que l'intérêt individuel prime sur l'intérêt collectif. Or, ici les infirmières peuvent y trouver un double intérêt : la valorisation et la reconnaissance personnelle si ce travail aboutit, un intérêt professionnel en lien avec une nouveauté, une nouvelle façon de travailler, mais également un intérêt collectif en lien avec une reprise d'activité de la spécialité chirurgicale (en effet, un sentiment d'appartenance fort au service a déjà été exprimé l'an passé par plusieurs infirmières de l'unité).

Une seconde explication réside dans un manque de confiance envers les managers à l'initiative du changement. Je suis présente dans le service depuis 3 ans et les différents projets que nous avons menés ont des résultats positifs, malgré de fortes craintes initiales. L'ouverture des lits de MPU a conduit à une amélioration pour la prise en soins des patients hospitalisés sur des spécialités de médecine dans l'unité. En effet, les médecins sont désormais présents 10 heures par jour, alors

⁸⁹ MARSAN C., Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs ? Editions De Boeck, 2008, 290 pages, p 15

⁹⁰ MARSAN C., *Op Cit*, p 101

qu'auparavant il s'agissait de médecins d'autres unités qui venaient à la suite des visites dans leur propre unité. De plus, les médecins de MPU participent aux temps de pause dans l'unité (ce qui symboliquement n'est pas anodin) et sont intégrés aux projets du service.

La troisième cause possible consiste en « la peur de ne pas être capable de développer les compétences et les comportements nouveaux attendus » entraîne également une « faible tolérance au changement »⁹¹. Dans ce contexte, nous ne sollicitons pas de nouvelles compétences, mais « uniquement » des mises en situation dans une organisation différente.

La quatrième raison pour laquelle les acteurs semblent être résistants au changement est quand ils estiment différemment le processus du changement que l'initiateur du projet. Ce groupe de travail consistant à faire réfléchir les professionnels sur leur propre vision de ce projet, peut induire une adhésion plus aisée.

Cependant, je dois être vigilante quant à la mise en place de ce projet. Uniquement quelques soignants ont participé à ce groupe de travail. Pour une mise en œuvre réussie, d'autres professionnels doivent être convaincus du bien-fondé de cette façon de travailler. Le travail du manager consiste alors à mettre en avant la notion de mieux-être et de plaisir qu'entraîne cette nouvelle organisation pour le collectif. Ainsi que Brenot et Tuvée l'expriment, le plaisir vient nourrir la motivation et l'intérêt au changement⁹².

Après avoir évoqué les obstacles au développement de l'HDJ, le travail avec les infirmières consiste à passer en revue les différents actes médicaux et chirurgicaux afin d'étudier leur faisabilité en parcours debout ou en fauteuil.

J-P. Dumond⁹³ évoque cinq étapes afin de transformer les organisations :

- Tout d'abord définir une esquisse avec plusieurs *scenarii* (ce qui constitue un processus « à grandes mailles », avec des paramètres à faire varier de manière forte). Cette première étape permet d'ouvrir, d'imaginer de nouvelles façons de travailler. Elle est réalisable par la mise en place de groupes de travail ;
- L'étape suivante est la construction de maquettes mieux définies ;
- Puis l'élaboration de prototypes, avec des indicateurs précis ;
- Ensuite, nous pouvons passer à l'expérimentation, quand cela est réalisable (qui consiste en un test en grandeur réelle) ;
- Enfin nous effectuons une généralisation avec la mise en place de la nouvelle organisation.

Le travail réalisé ici avec les infirmières s'inscrit dans l'étape d'esquisse. Nous passons en revue les différents actes selon les spécialités chirurgicales.

Il en ressort que la plupart des actes programmés en HDJ sont réalisables, au moins en partie, autrement qu'en brancard. En effet, les patients peuvent être acheminés debout ou en fauteuil. Ceci permet de libérer les brancards durant le temps de leur séjour au bloc opératoire et d'alléger la charge de travail des brancardiers réduisant ainsi le risque de troubles musculo-squelettiques. Le retour du bloc, selon l'intervention, le type d'anesthésie et l'état de santé des usagers, est réalisable en brancard, sur un fauteuil ou en marchant.

Enfin elles énoncent ce qui, pour elles, constituent des incontournables à la faisabilité de ces différents parcours patients. Nous entrons dans la phase de maquettes décrite par J-P. Dumond, puisque nous précisons le détail de la réalisation de cette organisation. Il est question de matériels, des typologies de patients de façon plus précise, d'une pièce pour permettre aux personnes de se préparer elles-mêmes ou encore de la nécessité que les médecins viennent valider la sortie de façon rapide après l'intervention.

⁹¹ MARSAN C., *Op Cit*, p 101

⁹² MARSAN C., *Op Cit*, p160

⁹³ DUMOND JP, *Transformer les organisations*, In : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 24-01-2018

Afin de pouvoir poursuivre l'avancée dans ce projet, de passer à l'étape de l'élaboration des prototypes, je rencontre les différents médecins concernés par ce projet.

5.1.2. L'INTEGRATION DES MEDECINS AU PROJET

Cette rencontre avec les différents chirurgiens, anesthésistes et médecins intervenant en HDJ a pour but d'évaluer leur intérêt pour cette possible organisation, ainsi que les freins éventuels. Je souhaite dans le même temps les intégrer, les impliquer.

Par ailleurs, un tel projet ne peut s'envisager sans une prise en compte des acteurs directement concernés. Il s'agit d'un changement politique qui suppose de réfléchir aux relations d'alliance que nous souhaitons adopter, aux négociations possibles. J'ai le choix entre des rencontres individuelles, leur fournir un questionnaire et effectuer une réunion de l'ensemble des médecins. La stratégie que j'adopte est de les rencontrer individuellement. Il me semble plus adapté d'écouter leur point de vue et les spécificités sur leur spécialité propre. De plus, lors d'une réunion, des jeux d'alliance en lien avec un corporatisme ou d'autres éléments extérieurs peuvent intervenir. Je leur expose donc le projet et les objectifs de développement de l'activité ambulatoire de façon individuelle. J'axe mes propos sur l'aspect positif que cela peut leur apporter, la fluidité du parcours patient que cela favorise et le fait que cette démarche est déjà mise en place dans d'autres établissements de santé (publics et privés). J-P. Dumond⁹⁴ exprime l'importance de la rhétorique dans un changement culturel, dans sa capacité à persuader et convaincre. Ceci s'effectue par des propos logiques et légitimes qui justifient le projet (ici la plus-value sur la prise en soins et le fait de positionner le patient comme acteur de son séjour), être simple et séducteur dans le discours et enfin être cohérent dans la voix, la posture au regard du message transmis. Je dois donc être attentive à mon positionnement et au discours que je tiens.

Je projette par la suite une réunion avec l'ensemble des médecins. Il apparaît que si ces derniers sont déjà engagés dans le projet, ils le défendent davantage. Selon Joule et Beauvois « *l'engagement correspond, dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation de l'acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé* »⁹⁵. Ici le fait pour les médecins d'être partie prenante de ce projet peut limiter les ruptures de postures par la suite.

Mes entretiens se déroulent avec deux chirurgiens digestifs, la gastro-entérologue (réalisant les endoscopies au bloc opératoire), l'ophtalmologue, le chirurgien oral, le chirurgien oto-rhino-laryngologiste, soit les médecins les plus générateurs d'activité ambulatoire. Tout comme les professionnels paramédicaux, les médecins rencontrés semblent très rapidement séduits par le projet de diversification des parcours patients. Ils me font part d'emblée de leur intérêt pour ce projet en ajoutant qu'il semble adapté à certains actes qu'ils effectuent. Je note les typologies de patients qu'ils souhaitent intégrer à cette organisation. Ils m'indiquent les actes éligibles dans leur spécialité, selon des critères de sécurité de soins, en prenant en compte le contexte physique général de la personne.

Cette organisation envisagée est innovante sur le CHEL, puisqu'elle n'existe pas. Cela constitue une innovation de type incrémental puisqu'elle apporte une amélioration sensible à un système existant déjà. Nous allons observer en quoi il s'agit d'une innovation organisationnelle.

⁹⁴ DUMOND J-P., *Ibid*

⁹⁵ JOULE R-V, BEAUVOIS J-L, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Editions PUG, 2014, p 81, 317 pages

5.1.3. UNE INNOVATION ORGANISATIONNELLE

J'ai évoqué précédemment la diversification des parcours patients en lien avec le concept d'innovation organisationnelle. Ces différents parcours patients peuvent être considérés comme des organisations innovantes, ainsi que l'ont évoqué la directrice générale et la directrice des soins.

Arnaud Groff⁹⁶ propose une définition directement issue des racines du mot *innovare* : « *L'innovation est la capacité à créer de la valeur en apportant quelque chose de nouveau dans le domaine considéré tout en s'assurant que l'appropriation de cette nouveauté se fasse de manière optimale* » par ses destinataires⁹⁷. Il définit trois axes principaux de l'innovation⁹⁸ : la créativité (en tant que nouveauté relative, c'est-à-dire transposée à mon secteur d'activité), la notion de valeur en que tant base de l'innovation et enfin l'appropriation (d'où l'importance de conduire le changement après avoir étudié les besoins, en expliquant ce qui est attendu). La communication autour de l'innovation doit être réfléchiée en même temps que l'innovation elle-même. Plus elle sera comprise et intégrée par les utilisateurs, moins il sera nécessaire d'utiliser des « artifices ».

Nous constatons que le projet de mise en œuvre de nouveaux parcours patients en hôpital de jour constitue une innovation telle que définie ici. Effectivement, ce schéma organisationnel intègre la créativité, la valeur et l'appropriation. Il conviendra de s'attarder sur la communication adoptée.

L'innovation doit prendre une place plus importante pour permettre le développement de croissance, importante dans le paysage hospitalier. En effet, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) projette une perspective de développement de l'ambulatoire qui devrait être très rapide dans les quelques années à venir. Les experts, auteurs de ce dossier, évaluent que, pour 2018, la France devrait atteindre « *95% de son potentiel ambulatoire maximum (...) soit un doublement au minimum du taux de progression annuel de la chirurgie ambulatoire, puis une quasi absence de progression ultérieurement* »⁹⁹. Afin de se rapprocher le plus possible de cette cible, il est important de poursuivre les innovations dans les organisations de soins.

5.2. ADAPTER LA CAPACITE D'ACCUEIL AUX BESOINS

J'ai évoqué précédemment les différentes options envisagées. Nous avons pu remarquer que les *scenarii* de délocalisation de tout ou partie de l'activité de l'HDJ ne semblent pas opportuns. Nous nous tournons alors vers un réaménagement des locaux existant.

Afin d'étudier les possibilités, je rencontre le responsable des achats. Je lui expose le projet dont il a déjà une sommaire connaissance par des échanges avec la directrice des soins. Nous échangeons sur l'existant en matière de locaux et les possibilités de modifications architecturales. Il propose alors de faire réaliser un chiffrage de travaux et des achats de matériels.

Afin de comprendre ce qui nous envisageons, je me dois de détailler le parcours patient actuel, ainsi que la projection sur le projet futur.

Actuellement, le patient arrive en salle d'attente, est installé en brancard dans une chambre, est conduit au bloc en brancard puis revient dans sa chambre de la même façon. Dans l'organisation

⁹⁶ Docteur de l'École nationale supérieure des Arts et Métiers et ingénieur maître en conception de produits nouveaux des Arts et Techniques industrielles du bois et de l'ameublement. Expert en innovation industrielle et en management stratégique de la créativité appliquée, il a fondé la société Inovatech 3V. Consultant CEGOS, il conduit de nombreuses missions de conseil et de formation en innovation et est l'auteur d'ouvrages sur l'innovation, la créativité et la conduite du changement.

⁹⁷ LETOURNEAU Dominique, Innovation et recherche, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 23-11-2017

⁹⁸ GROFF Arnaud, Conférence inaugurale des journées d'étude de l'association des directeurs de bibliothèques départementales de prêt, 1-10-2013, disponible sur : <http://www.adbdp.asso.fr/index.php/la-doc/cr-journees-d-etude/41-conferences-inaugurales/55-l-innovation-par-arnaud-groff-consultant-en-management-et-innovation>, site consulté le 20-12-2017

⁹⁹ Les dossiers de la DREES N°10, Mai 2017, Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2018, 227 pages, p 10

présentant une diversification des parcours patients, il est envisagé d'accueillir le patient dans une autre salle d'attente (travaux à réaliser dans le hall du service), puis trois schémas sont à différencier.

Premier schéma : si le patient doit être installé en chambre, avec un brancard, il est conduit dans sa chambre et le parcours est identique à ce qui est réalisé aujourd'hui.

Deuxième schéma : si le patient peut aller au bloc opératoire debout ou en fauteuil, il lui est demandé de se préparer dans une pièce attenante à la salle de soin, les éléments nécessaires à sa prise en charge sont alors recueillis dans cet espace afin de respecter le secret médical et l'intimité (des travaux sont à réaliser pour clôturer un espace actuellement ouvert), il est ensuite installé dans une zone de transfert entre l'HDJ et le bloc. Cette zone est une salle commune où six fauteuils peuvent être positionnés, séparés par des paravents ou des rideaux. Le brancardier vient ensuite le prendre en charge dans cet espace pour l'accompagner vers le bloc opératoire. S'il est en capacité de revenir en fauteuil, il est installé dans la même zone en postopératoire. Cela signifie donc que des patients en pré et en postopératoire peuvent se côtoyer.

Troisième schéma : si l'utilisateur peut aller debout ou en fauteuil, mais revenir en brancard, l'organisation préopératoire est identique à celle définie précédemment, mais il est installé en chambre pour la surveillance après l'intervention.

Ces différents parcours de soins favorisent la fluidité, mais nécessitent davantage de vigilance quant à la sécurité des soins. Une attention accrue est nécessaire sur l'identitovigilance en zone de transfert, de la part des professionnels du service, mais également de la part des brancardiers.

Par ailleurs, une option doit être possible en cas de détérioration de l'état de santé du malade ou de malaise vagal, il doit donc pouvoir être installé en chambre de façon rapide.

Les coûts à évaluer concernent donc l'aménagement d'un espace ouvert en salle d'attente, la modification d'un espace ouvert en zone de préparation fermée, l'acquisition de six fauteuils confortables et roulant aisément, l'achat de paravents ou de rideaux de séparation et enfin l'acquisition d'un équipement répondant à des nécessités de pudeur et de respect de l'intimité (pyjama à usage unique).

Ce chiffrage semblait valide jusqu'à ce que j'obtienne la réponse des services économiques, logistiques et travaux. Effectivement, cette hypothèse n'est pas réalisable car non conforme aux normes incendie. Je rencontre donc de nouveau le responsable des services de travaux, avec qui nous explorons une autre option : condamner une chambre d'hôpital de jour et la transformer en salle d'accueil pour les fauteuils, ce qui ne faisait pas partie de mes hypothèses de départ. Ceci réduit notre espace d'accueil à huit places pour les patients couchés en brancards.

Je reprends donc l'activité quotidienne de février et projette une évaluation prospective du nombre de patients afin d'analyser la faisabilité du projet et le besoin en matériels et places.

Le tableau ci-dessous intègre les actes, selon le mode de prise en charge évaluée par les médecins.

Actes réalisés en HDJ sur 4 semaines janvier-février :

Proportion fauteuil-brancard¹⁰⁰

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 29/01/2018 | 30/01/2018 | 31/01/2018 | 01/02/2018 | 02/02/2018 |
| Brancard | 5 | 1 | 1 | 8 | 4 |
| Fauteuil | 6 | 5 | 8 | 4 | 7 |
| | 05/02/2018 | 06/02/2018 | 07/02/2018 | 08/02/2018 | 09/02/2018 |
| Brancard | 7 | 3 | 3 | 6 | 3 |
| Fauteuil | 8 | 4 | 7 | 2 | 3 |
| | 12/02/2018 | 13/02/2018 | 14/02/2018 | 15/02/2018 | 16/02/2018 |
| Brancard | 7 | 6 | 4 | 7 | 5 |
| Fauteuil | 7 | 5 | 4 | 2 | 5 |
| | 19/02/2018 | 20/02/2018 | 21/02/2018 | 22/02/2018 | 23/02/2018 |
| Brancard | 9 | | 2 | 5 | 6 |
| Fauteuil | 9 | 2 | 7 | 4 | 7 |

Ce relevé nous permet de constater que le nombre de patients accueillis est adapté au schéma d'organisation projeté. Il tient compte de la possibilité de positionner deux patients sur une place sur une même journée.

5.3. LES COMPETENCES NECESSAIRES

5.3.1. PARAMEDICALES

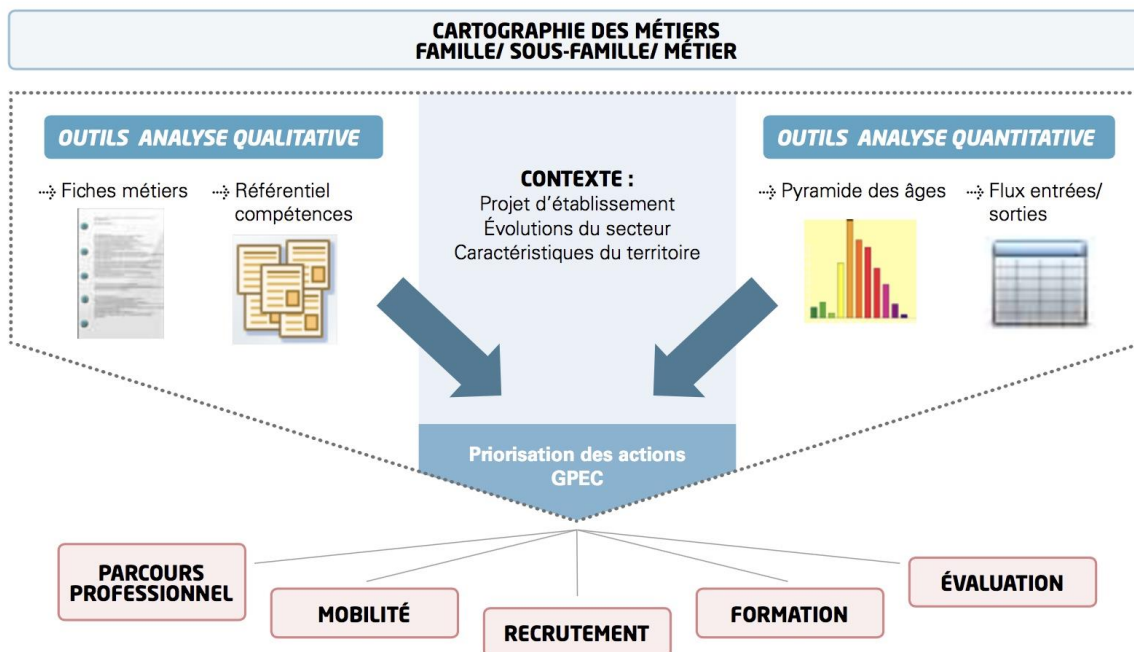
Afin de préciser de quelles compétences nous avons besoin dans l'organisation de l'HDJ médico-chirurgical pour des prises en soins adaptées, avec les métiers adaptés aux bonnes fonctions, nous allons réaliser une cartographie des compétences.

Les dispositions de la circulaire DHOS du 9 octobre 2007, relative aux fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), incitent et accompagnent les établissements à s'inscrire dans une démarche « métiers compétences », à travers la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)¹⁰¹. Les pratiques observées sur le terrain sont restituées sous 3 grandes thématiques : les différentes étapes pour définir, construire une GPEC en fonction du contexte et des enjeux de l'établissement ; les outils (cartographie, fiches métiers, référentiels de compétences, pyramide des âges...) de GPEC ; les supports à la mise en œuvre d'une démarche GPEC (qu'ils soient informatiques ou financiers). La GPEC est compilée dans un schéma qui me semble reprendre les éléments importants.

¹⁰⁰ Activité obtenue d'après le dossier patient informatisé, en reprenant quotidiennement les interventions au bloc opératoire + les HDJ de médecine gériatrique + les HDJ de médecine générale. Source : auteur

¹⁰¹ ANAP-Améliorer la gestion des ressources humaines- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences- Recueil de pratiques observées, 2011, p3, 88 pages, disponible sur : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Piloter_l_etablissement/Gestion_des_ressources_humaines/ANAP_RH_GPEC_avril2011.pdf, site consulté le 17-03-2018

Illustration des liens entre les différents outils de GPEC



Ce schéma positionne la GPEC dans le contexte de l'établissement et celui du territoire de santé. Il met en lien les outils d'analyse qualitative que peuvent être les fiches métiers et le référentiel de compétences ; mais aussi les outils d'analyse quantitative que sont la pyramide des âges et les entrées-sorties, donc l'activité. Ces différents éléments permettent alors de prioriser les actions de la GPEC.

Nous allons désormais appréhender la notion de compétences à travers différents auteurs.

Tout d'abord, la compétence est définie par Guy Le Boterf comme « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés* »¹⁰³. Il distingue plusieurs types de compétences : les savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter), les savoirs procéduraux (savoir comment procéder, les savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire), les savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

Ensuite, pour Maurice De Montmollin, la compétence est un ensemble stabilisé de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle¹⁰⁴.

Enfin, pour Samurçay et Pastre, la compétence est mise en lien avec la performance, en tant que rapport du sujet aux situations de travail. Les compétences sont donc finalisées (on est compétent pour une classe de tâches déterminées), opérationnelles (ce sont des connaissances mobilisables et mobilisées dans l'action et efficaces pour cet action), apprises (à travers des formations explicites ou par l'exercice d'une activité), mais elles peuvent aussi bien être explicites que tacites (c'est-à-dire que

¹⁰² ANAP-Améliorer la gestion des ressources humaines- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, *Op Cit*, p 10

¹⁰³ LE BOTERF G., cité dans Gérer les compétences pour vos projets, Competice, disponible sur : <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>, site consulté le 18-03-2018

¹⁰⁴ DE MONTMOLLIN M., cité dans Gérer les compétences pour vos projets, Competice, disponible sur : <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>, site consulté le 18-03-2018

la personne ne peut pas toujours expliciter les connaissances opérationnelles qu'elle met en œuvre dans l'action)¹⁰⁵.

Afin d'évaluer les compétences requises en hôpital de jour, nous devons d'abord établir les activités effectuées et/ou à réaliser dans cette unité.

Le processus de cartographie des compétences réside en 5 étapes : en premier lieu identifier les emplois concernés, puis décrire ces emplois, ensuite effectuer un inventaire des activités, poursuivre en identifiant des axes de compétences et structurant des activités, enfin identifier des thèmes de formation et des seuils de franchissement¹⁰⁶. Il convient donc de mettre en regard les champs de compétences et les activités pour identifier les axes de formations. Un niveau d'acquisition à obtenir peut être établi selon l'expérience et le degré d'expertise des professionnels.

Nous allons adapter cette démarche en réalisant un parallèle entre les activités et compétences générales des infirmiers et aides-soignants, puis dans un second temps, nous détaillerons plus précisément les activités de l'hôpital de jour, afin d'évaluer les écarts entre les métiers et compétences dont nous avons besoin dans cette organisation et ceux dont nous disposons ; enfin nous identifierons d'éventuels besoins de formation.

Première étape : Identification des emplois :

Les emplois concernés sont de plusieurs ordres :

- Les personnels internes à l'ambulatorio : les infirmiers et aides-soignants ;
- Les professionnels extérieurs : brancardiers, médecins, anesthésistes, secrétaires ou encore professionnels du bloc opératoire.

Nous allons spécifiquement nous intéresser aux métiers d'infirmiers et d'aides-soignants afin de définir les compétences internes nécessaires à cette unité.

Deuxième étape : Description des emplois :

Ces métiers sont décrits dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Nous allons débiter par la catégorie infirmière. Le métier est défini de la manière suivante : « *Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir, définir et planifier des projets de soins personnalisés ; dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Réaliser l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients* »¹⁰⁷.

Pour que cela soit plus facilement lisible et comparable, je propose un tableau récapitulatif des activités et des savoir-faire utilisables en hôpital de jour uniquement pour chacune de ces deux catégories professionnelles.

¹⁰⁵ SAMURCAY-RABARDEL R., PASTRE P, cité dans Gérer les compétences pour vos projets, Competice, <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>, site consulté le 18-03-2018

¹⁰⁶ REYDET J-M., CLERC M-C., Carte des compétences, présentation d'une cartographie des compétences, La démarche de cartographie des compétences, disponible sur : <http://slideplayer.fr/slide/2923040/>, site consulté le 18-03-2018

¹⁰⁷ Définition du métier de l'infirmier(ère) en soins généraux, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=2>, site consulté le 17-04-2018

| Infirmier | Activités | Savoir-faire |
|-----------|--|---|
| | <p>Contrôle et gestion des matériels, dispositifs médicaux et produits</p> <p>Coordination et organisation des activités et des soins</p> <p>Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires</p> <p>Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes</p> <p>Observation de l'état de santé et le comportement relationnel et social d'une personne</p> <p>Réalisation de soins de confort et de bien-être</p> <p>Réalisation de soins et d'activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique</p> <p>Recueil de données cliniques</p> <p>Rédaction et mise à jour du dossier patient</p> <p>Surveillance de l'évolution de l'état de santé de la personne</p> | <p>Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</p> <p>Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence</p> <p>Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins</p> <p>Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence</p> <p>Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence</p> <p>Conduire un entretien d'aide</p> <p>Conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet personnalisé du patient</p> <p>Élaborer et formaliser un diagnostic santé de la personne, relatif à son domaine de compétence</p> <p>Évaluer les pratiques professionnelles de soins dans son domaine de compétence</p> <p>Informier et former des professionnels et des personnes en formation</p> <p>Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs</p> <p>Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique</p> <p>Organiser et coordonner des interventions soignantes</p> |

Les compétences infirmières décrites dans le référentiel de formation correspondent à ce qui est identifié ici comme des savoir-faire¹⁰⁸.

¹⁰⁸ 1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique 5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs 6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle 8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Quant au métier d'aide-soignant, il est défini ainsi : « *Dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne* »¹⁰⁹.

| Aide-soignant | Activités | Savoir-faire |
|---------------|---|--|
| | Accueil des personnes Encadrement des stagiaires Aide l'infirmier à la réalisation des soins Entretien de l'environnement et des matériels Observation de l'état de santé Observation et mesure des paramètres vitaux Réalisation des soins de confort et de bien-être Transmissions écrites et orales | Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes Analyser, évaluer une situation clinique Relation, communication Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne Restaurer, maintenir l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins |

Troisième étape : Inventaire des activités :

Les différentes activités que nous avons pu répertorier en HDJ lors des groupes de travail avec les infirmières et l'aide-soignante sont listées ci-dessous. Je mets en regard le métier possible, en lien avec les compétences détaillées dans les tableaux précédents pour observer de quel métier relèvent les activités réalisées :

- Accueil et orientation des patients > infirmière / aide-soignante
- Recueil de données > infirmière (versant des antécédents et du traitement à considérer)
- Constantes > infirmière et aide-soignante
- Service des collations > aide-soignante et infirmière
- Bio-nettoyage > aide-soignante et infirmière
- Appel de la veille et du lendemain : infirmière et aide-soignante pour appel de la veille ; infirmière pour l'appel du lendemain selon les recommandations organisationnelles de l'ANAP¹¹⁰

Nous constatons donc que de nombreuses activités sont réalisables tant par les infirmières, que par les aides-soignantes.

Quatrième étape : Axes de compétences :

Afin de valoriser les professionnels, tant infirmiers qu'aides-soignants, il me paraît important de mettre la bonne compétence pour le bon soin. En effet, pour effectuer le lien avec les définitions des compétences citées précédemment, nous pouvons considérer qu'être compétent, c'est maîtriser un ensemble de situations professionnelles constitutives de son métier. Xavier Marchand¹¹¹ ajoute qu'utiliser des personnels pour réaliser des soins qui peuvent être effectués par un autre professionnel risque de déqualifier ces personnes. Cela peut entraîner une érosion des compétences, si elles ne sont pas mobilisées à bon escient.

¹⁰⁹ Définition du métier aide-soignant(e), Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=19>, site consulté le 17-04-2018

¹¹⁰ Guide méthodologique, sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, ANAP, disponible sur http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/guide_securite_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf, consulté le 17-04-2018

¹¹¹ MARCHAND X., La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 24-11-2017

Du reste, utiliser les compétences infirmières pour des actes tels le bio-nettoyage ou servir des collations ne permet pas à ces professionnelles de développer d'autres compétences, d'élever leurs qualifications, comme par exemple la coordination de parcours.

Par ailleurs, nous pouvons comparer notre organisation avec celle d'une clinique havraise qui propose un processus de prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire¹¹². La description met en regard les activités, les étapes du parcours et les outils et les professionnels les réalisant. Les acteurs sont clairement identifiés en fonction du parcours du patient de la consultation à l'appel du lendemain, en fonction des besoins de l'utilisateur, avec en parallèle les compétences nécessaires. Les aides-soignantes sont répertoriées pour l'appel de la veille, la prise en charge en chirurgie ambulatoire (accueil, information, vérification des pièces du dossier, préparation du patient et du dossier). Le service de la collation n'apparaît pas dans ce descriptif¹¹³.

Le CHEL, comme de nombreux établissements de santé, connaît un contexte financier fortement contraint, du fait du contrat de retour à l'équilibre financier, avec des enjeux économiques notables. Afin que la direction des ressources humaines et la direction des soins valident la pérennité de ce poste aide-soignant, le contrôleur de gestion va donc réaliser une étude médico-économique. Ce poste a été créé au CHEL en 2018, auparavant, cette fonction n'existait pas dans l'établissement. Arrivé en avril 2018, cela fera partie d'une de ses missions prioritaires. Son étude permettra de définir si l'augmentation et le développement des activités de l'hôpital de jour rend le financement de ce poste possible.

Cependant, au-delà de cet aspect financier de l'HDJ, il me semble par ailleurs favorable d'adopter une gestion globale des emplois et des compétences pour favoriser l'intégration des professionnels en reprise d'activité ou en poste aménagé.

Nous sommes dans un établissement de taille moyenne, qui ne dispose donc que de peu de postes correspondants à des aménagements de charges de travail. Malgré tout, pérenniser ce poste permet de proposer un accompagnement personnalisé pour une reprise d'activité, une prise en compte des troubles musculo-squelettiques et de répondre à une politique d'aménagement du poste de travail.

De plus, l'objectif est pour cette aide-soignante de trouver un poste qui corresponde à ses aptitudes décrites par le médecin du travail. En effet, selon l'article R.4623-1 du code du travail, « *le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux. Dans le champ de ses missions : 1° Il participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs, notamment par : a) l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ; b) l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés (...)* »¹¹⁴.

D'autre part, hormis pour le bien-être de la personne, les arrêts de travail ont également une répercussion sur l'économie de la société. Cela représente un coût important en France, puisque selon une enquête réalisée par l'assureur Malakoff Médéric, publiée dans le parisien en novembre 2017, « *Public et privé confondus, le nombre de journées d'arrêt de travail a augmenté de 7,5 % entre 2010 et 2016. Le coût estimé par la Caisse nationale de l'assurance maladie est de 7,1 milliards d'Euros en 2016 ! Pire. Si l'on prend en compte les effets directs et induits (traitement administratif, salaire des CDD remplaçants, etc.), la facture est encore bien plus douloureuse pour l'économie française : 60 Mds€ par an, selon les calculs du cabinet Ayming (ex-Alma Consulting). Et Malakoff Médéric souligne que dans une entreprise de 1 000 salariés, les arrêts maladie représentent l'équivalent de 42 salariés absents toute l'année* »¹¹⁵.

¹¹² Le processus de prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi, Clinique des Ormeaux, <https://www.gestion-des-lits.anap.fr/publication/export/1231/2>, p 4, 19 pages

¹¹³ Annexe n° 3

¹¹⁴ Décret 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, Art. R. 4623-1, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/1/30/ETST1200303D/jo>, site consulté le 20-03-2018

¹¹⁵ ROSENWEG D., L'absentéisme au travail : la réalité dans le privé et dans le public, Le parisien, 22-11-2017, disponible sur : <http://www.leparisien.fr/economie/absenteisme-au-travail-l-etude-qui-revele-la-realite-dans-le-privé-et-dans-le-public-22-11-2017-7407225.php>, site consulté le 20-03-2018

Pérenniser un poste d'aide-soignant constitue donc une réelle plus-value pour les prises en soins en HDJ, autant pour la qualification du professionnel, que pour la considération des personnels en reclassement ou en aménagement de poste.

En termes de compétences, il me semble enfin important de revenir sur l'article D. 6124-301-1 du code de la santé publique, posant que « *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* »¹¹⁶. Or, en ce qui concerne l'organisation de l'HDJ médico-chirurgical, l'infirmière peut être amenée à prendre en charge les patients de l'HDJ médical polyvalent et ceux de l'ambulatoire chirurgical. Lors de la dernière visite de conformité, cela a d'ailleurs été mis en exergue par les visiteurs de l'ARS. La direction des soins a répondu en ces termes : « *Le lundi et le jeudi, il y a toujours une IDE supplémentaire dédiée aux activités de jour en gériatrie de 8h30 à 16h30. L'hôpital de jour est en début de service qui comprend outre les 10 places d'ambulatoire, 12 lits de chirurgie et 12 lits de MPU. En proximité immédiate, en poste continu, en plus des IDE dédiées exclusivement aux activités ambulatoires, 2 IDE sont présentes de 6h30 à 21h00 du lundi au vendredi. Toutes les IDE de ce plateau tournent sur les 3 postes : ambulatoire, MPU, Chirurgie. Elles sont formées. Ainsi, en cas de besoin de 6h30 à 11h00 et de 14h30 à 19h00, le mardi, mercredi et vendredi, il est possible de faire appel à elles* »¹¹⁷.

Nous verrons la cinquième étape, l'identification des thèmes de formation, ultérieurement dans une partie qui lui est dédiée.

Nous allons à présent aborder l'harmonisation des pratiques, dans le cadre du projet de diversification des parcours des patients.

5.3.2. L'HARMONISATION DES PRATIQUES

Afin de rendre efficiente cette nouvelle organisation en HDJ, les pratiques des infirmières doivent être harmonisées.

Effectivement, certaines infirmières sont mieux informées que d'autres sur la rotation possible des patients. Pour que cette organisation permette un *turn-over* des patients le plus efficace possible, il faut que le schéma soit identique pour tous les professionnels. Ceci est d'autant plus vrai que la capacité d'accueil va augmenter, jusqu'à potentiellement 14 patients sur un créneau horaire resserré (8 en brancards et 6 en fauteuil). De plus, des projets sont en cours sur l'intégration de nouvelles activités en HDJ (ambulatoire en chirurgie bariatrique ou en addictologie), les journées en HDJ seront alors moins disparates quant au nombre de patients accueillis.

La salle d'attente doit donc être utilisée pour faire patienter les usagers en préopératoire, mais aussi si besoin en attendant le formulaire d'aptitude à la rue, afin de permettre l'utilisation optimale des places. Les casiers pour les effets personnels des usagers doivent être utilisés par tous les professionnels et enfin les pratiques sur l'heure de convocation doivent être identiques.

Une analyse des pratiques permet de pointer les dysfonctionnements, discordances dans les prises en soins et les différentes façons de faire. Par exemple, en ce qui concerne l'heure de convocation, demander aux patients d'arriver plus tôt que nécessaire sécurise certaines infirmières. Or ceci n'apporte pas de gain dans la prise en charge, au contraire, cela peut générer une angoisse chez les personnes qui attendent leur intervention et peut entraîner donc une charge de travail plus importante.

¹¹⁶ Code de la santé publique, modifié par Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art.3, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>, site consulté le 15 mars 2018

¹¹⁷ Observations fournies par la direction des soins, en juillet 2017, suite à la visite de conformité de l'HDJ

Un groupe de travail avec l'utilisation de post-it (ou de tableau) en fonction des éléments de prise en soins, et par thème, permet de visualiser les axes d'amélioration possibles.

Des protocoles avec des outils déjà existants et utilisés ailleurs peuvent également être mis en place, comme le score de Chung pour la validation de départ des patients (nous reviendrons sur cet outil ultérieurement).

Par ailleurs, une réflexion avec la cadre du bloc opératoire et les médecins sur les conditions de préparation préopératoire est en cours. En effet, il apparaît plus pertinent de procéder à la pose de voie veineuse périphérique directement au bloc opératoire. Un travail conjoint avec la cadre du bloc est donc nécessaire pour la concordance des pratiques avec une organisation centrée sur le patient.

Enfin, selon le développement des activités, des modifications des horaires d'ouverture, avec une amplitude plus importante sera peut-être à envisager dans un second temps.

Pour mettre en concordance les pratiques et les compétences attendues, des formations peuvent être proposées. Ceci correspond à la cinquième étape du processus de cartographie des compétences.

5.3.3. LES FORMATIONS

Pour intégrer cette nouvelle organisation, les professionnels paramédicaux n'ont pas besoin de formation spécifique, puisqu'elles exercent déjà en HDJ et connaissent les types de pathologies prises en charges. Ils ont pu bénéficier de formations sur des types de traitements prodigués en HDJ (tel l'administration du Soliris®, la surveillance des ponctions d'ascite ou des techniques opératoires nouvelles). Cependant, dans les documents de l'ANAP, des formations spécifiques à l'ambulatoire y sont conseillées. « Une formation spécifique, décrite dans la charte de fonctionnement, s'impose pour tous les membres participant à la prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, en particulier quant à la sécurité des soins, incluant les nouveaux arrivants et éventuels personnels intérimaires ou lors de la mise en œuvre d'une nouvelle procédure ou d'un nouveau mode opératoire (article D. 6124-305 du code de la santé publique). La formation spécifique à la mise en œuvre des procédures et modes opératoires est intégrée au développement professionnel continu »¹¹⁸.

Ces formations reprennent notamment les incontournables en termes de gestion des risques, regroupés en 6 segments¹¹⁹.

Le segment 1 reprend notamment les éléments en matière d'éligibilité du patient, d'information, de son consentement et de sa participation au processus de soins, de la remise des documents, de réservation de la place dans l'unité ambulatoire.

Le segment 2 s'attarde sur l'organisation en lien avec le bloc opératoire.

Le segment 3 spécifie les actions à mener dans les 24 à 48 heures précédant l'intervention prévue.

Le segment 4 précise les attentions à avoir sur le jour de l'intervention, en matière de prise en charge du patient d'une part, de la qualité des informations et des actions nécessaires à la continuité des soins d'autre part.

Le segment 5 énonce les principes en matière de suivi immédiat après la sortie (appel téléphonique de l'unité ambulatoire du lendemain voire des jours suivants, organisation de la continuité des soins une fois le patient sorti de l'unité, ...).

Enfin, le segment 6 explique les recommandations au-delà en matière de suivi, d'évaluation des résultats et de gestion des complications éventuelles.

Au-delà des formations réalisées sur le CHEL qui concernent les professionnels des unités en général, il me semble important que les infirmiers du secteur de l'HDJ bénéficient des formations relatives aux

¹¹⁸ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire- Recommandations organisationnelles- Outils et guides- Interdiag chir ambu- Outils de diagnostic interne de chirurgie ambulatoire- mai 2013, disponible sur http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/guide_securite_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf, site consulté le 18-04-2018, p 17, 112 pages

¹¹⁹ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire- Recommandations organisationnelles *Ibid*, p 17-18

prises en charge spécifiques à ce cadre. Dans cet objectif, des diplômes universitaires ont été créés afin d'avoir conscience des axes d'amélioration à apporter.

Par ailleurs, certaines formations reprennent les éléments de définition de la chirurgie ambulatoire, les bonnes pratiques, les modalités de fonctionnement de recommandations relatives à cette prise en charge et les notions de parcours de soins (en lien avec la gestion des flux et la gestion des risques évoquée précédemment).

Les nouveautés organisationnelles peuvent également être présentées dans les cercles de l'ANAP (dits TOVA). Lors de la dernière journée de cette formation, des tables rondes ont été organisées pour échanger sur les pratiques, partager les modèles organisationnels à travers des retours d'expériences.

Inscrire les professionnels à ce type de formations leur permet de prendre pleinement conscience de la spécificité de ce secteur et de s'y investir davantage. Ceci me semble d'autant plus important que sur le CHEL, le secteur d'HDJ fait partie d'autres unités du service. Afin de répondre aux orientations nationales, mais également aux objectifs institutionnels, disposer de professionnels experts dans ce domaine paraît incontournable. Cela permet de développer des compétences spécifiques et valorise les professionnels. Des partages d'expériences des agents qui y ont participé peuvent être organisés (lors de réunion par exemple ou d'ateliers) afin de diffuser les nouvelles connaissances apprises. Pour que cela soit opérationnel dans le service, j'œuvre donc avec la responsable de la formation continue, afin que cela soit inscrit dans le plan de formation de 2019.

Pour Nonaka et Takeuchi, la création de connaissances est favorisée par cinq conditions¹²⁰ :

- L'intention, retrouvée dans les orientations stratégiques de l'institution ou de l'organisation, ainsi que les objectifs fixés.
- L'autonomie, permettant aux professionnels d'exprimer leur créativité, d'être force de propositions. En admettant cette autonomie, l'organisation renforce leur motivation.
- La fluctuation et le chaos : la fluctuation réside dans le lien entre l'organisation et l'environnement, elle permet aux professionnels d'intégrer de nouveaux concepts, et de les adapter à l'organisation. Le chaos créatif quant à lui, favorise la définition et compréhension du problème, pour lui donner un sens et parvenir à la résolution de la « crise » de l'organisation.
- La variété requise qui consiste à faire face à la complexité de l'environnement. Ceci correspond à une combinaison d'informations différentes, avec en parallèle un accès égal à cette information.
- La redondance, à savoir le partage d'informations redondantes, ce qui permet de donner du sens à ce que l'on fait et à ce que les autres font.

Pour créer des conditions favorables au développement de connaissances, les auteurs identifient des étapes de création de connaissances organisationnelles, en cinq phases.

La première phase consiste en la création et le partage de connaissance : le professionnel accumule des connaissances, puis les partage avec ses collègues. La qualité de ces connaissances dépend de l'investissement de la personne et de son implication dans les interactions sociales. Ceci permet le partage d'émotions, mais surtout de modèles mentaux.

La deuxième phase réside dans la conceptualisation : à travers le dialogue et les échanges, les connaissances acquises sont mises en mots, puis conceptualisées.

Dans la phase suivante, ces connaissances conceptualisées sont jugées intéressantes pour l'organisation, c'est ce que les auteurs appellent la justification. Les encadrants évaluent alors la qualité des savoirs à travers les normes de l'unité, du service, du pôle ou de l'institution.

Ensuite, ces concepts justifiés sont transformés par l'intermédiaire de procédures, protocoles pour aboutir à des connaissances concrètes, en lien avec le travail réalisé. Cela permet l'ébauche, puis la construction du projet.

Finalement, par la mise en réseau et l'extension de ces connaissances, les savoirs sont réorganisés pour s'adapter à l'organisation. Peut s'en suivre un nouveau cycle d'acquisition de connaissances, puis par leur mise en œuvre en pratique, un développement de compétences.

¹²⁰ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op Cit*, p 50

Pour parvenir à ces différentes phases de construction de connaissances, Nonaka et Takeuchi préconisent un style de management s'opposant aux styles traditionnels (le management haut-bas et le management bas-haut). Ce modèle place les encadrants dans une position centrale, un milieu entre le haut et le bas, à l'intersection des informations. Ils sont alors à l'interface et font le lien entre les informations verticales et horizontales. Ils explicitent donc les orientations de la direction, ainsi que le cadre posé. Ils traduisent ces stratégies en concepts concrets, à mettre en œuvre. De plus, ils permettent aux professionnels des unités de conceptualiser leurs expériences, leur donnent du sens théorique, afin qu'elles puissent être partagées, diffusées.

Nous constatons bien ici que les formations seules ne suffisent pas. Il faut ensuite partager les nouvelles connaissances, les diffuser, leur donner un sens dans le contexte et un lien avec les objectifs de l'organisation concernée. Les cadres ont ici tout leur rôle à jouer. Pour impulser cette dynamique, il faut qu'ils soient eux-mêmes au clair avec les enjeux et par conséquent eux-mêmes formés à ces pratiques. L'échange et le partage entre pairs et avec la direction permet ensuite de faire sens et de stimuler les professionnels.

L'apprentissage de concepts nouveaux, par l'intermédiaire du master en management des organisations soignantes, me permet d'enrichir mon management et mes connaissances. De plus, les échanges avec des pairs, dans des institutions différentes, mais avec des contextes identiques créent un partage d'expériences et un développement de compétences. Il sera cependant important que je me forme à l'ambulatoire, au-delà des recherches que j'ai effectuées, dans le cadre de ce travail. Ceci me confèrera davantage de légitimité dans la gestion de ce projet.

Nous allons à présent préciser les recommandations de l'ANAP sur la chirurgie ambulatoire et les comparer avec les éléments inhérents à l'organisation de l'HDJ du CHEL.

5.4. LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAP

L'outil Interdiag Chir Ambu permet un diagnostic de maturité organisationnelle de la chirurgie ambulatoire. Il se compose de fiches techniques, avec des questionnaires, élaborés par l'ANAP et la HAS. L'une de ces fiches s'intéresse plus particulièrement à la définition des fonctions managériales et des modalités de pilotage¹²¹.

Nous allons revenir sur les questions dont les réponses suscitent un questionnement de ma part et une réflexion.

Je mets donc en regard les réponses (entre parenthèses) en lien avec l'organisation de l'HDJ du CHEL et j'en propose une analyse.

Les questions posées sont notamment :

- Le management de l'unité de chirurgie ambulatoire s'appuie-t-il sur un binôme cadre/coordonnateur médical ? (Non)
- Le cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a-t-il créé un esprit d'équipe dynamique qui se traduit par des résultats mesurables au travers d'indicateurs ? (Oui)
- Le cadre dispose-t-il du soutien de la direction générale ? (Oui)
- Le cadre est-il reconnu par le président de CME et les praticiens ? (Oui)
- Le cadre a-t-il reçu une formation complémentaire centrée sur la gestion des flux ? (Non)
- Le coordonnateur médical de l'UCA fait-il l'objet d'une reconnaissance explicite par la communauté médicale et la direction d'établissement ? (Non)
- La date de nomination du coordonnateur médical par l'institution est-elle disponible ? (Oui)
- Le règlement intérieur de l'UCA a-t-il été signé par le coordonnateur médical ? (Oui)
- Le coordonnateur médical participe-t-il aux orientations stratégiques ? (Non)
- Les réunions de concertation médico-chirurgicales concernant le développement de la chirurgie ambulatoire dans le projet d'établissement, d'une part, et la protocolisation de la substitution, d'autre part, sont-elles pilotées par le médecin coordonnateur ? (Non)

¹²¹ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire- Recommandations organisationnelles *Op Cit*, p 19

- Le fonctionnement de l'UCA fait-il l'objet d'un recueil systématique et partagé d'indicateurs d'activité et de qualité (référence au guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire) permettant d'évaluer la performance de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ? (Oui)
- L'établissement dispose-t-il, pour sa stratégie de développement ambulatoire, du résultat des indicateurs de suivi (parts de marché, potentiel de substitution, équilibre économique, etc.) partagés entre la direction générale, les médecins et la gouvernance de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (référence diagnostic externe) ? (Oui, en partie)
- La progression du développement ambulatoire et du potentiel de substitution fait-elle l'objet d'un suivi par spécialité ? (Oui)

A travers les réponses aux questions, nous pouvons nous rendre compte que le management de l'unité n'est pas conjoint entre le cadre et un médecin coordonnateur. En effet, le médecin coordonnateur a été désigné, mais n'est pas réellement impliqué dans cette unité. Ce médecin est un anesthésiste qui a été très investi dans l'établissement mais il part en retraite en juillet 2018. Un nouveau médecin coordonnateur doit donc être nommé. Il est important que le travail soit réalisé en binôme. Ce médecin devra être reconnu par ses pairs, porteur du projet et pourra être force de propositions.

Une nouvelle anesthésiste vient d'intégrer le CHEL en avril 2018. C'est une jeune professionnelle, qui semble intéressée par des modifications d'organisation, en lien avec le projet de diversification des parcours patients. A l'occasion d'échanges avec elle, j'ai pu découvrir qu'elle a participé à la mise en place du parcours « patient-debout » dans son établissement de provenance. Ses pratiques sont actuelles, prennent en compte les recommandations récentes en termes de techniques anesthésiques et sont compatibles avec un raccourcissement des durées d'hospitalisation, tant en ambulatoire, qu'en hospitalisation à temps complet. Au-delà de cette personne seule, il semble qu'elle dispose d'un réseau de collègues anesthésistes qui soient intéressés pour effectuer des remplacements, avec des pratiques identiques. Lorsqu'elle intervient dans les instances (le conseil de bloc notamment), sa communication est fluide et posée, ses propos sont écoutés par ses pairs et les membres de la direction. Ma collègue cadre du bloc et moi-même lui avons présenté le projet. Elle a déjà effectué un diagnostic partiel de l'organisation en place et amené des propositions d'actions d'amélioration. Ce médecin est donc une personne ressource avec laquelle il est important de travailler pour la mise en place du projet d'HDJ. Ceci peut également être une opportunité pour modifier la gouvernance et le pilotage de l'HDJ.

Par ailleurs, le développement de l'HDJ pourra être intégré dans le futur projet d'établissement en spécifiant l'organisation médicale autour de l'unité d'ambulatoire, ainsi que les évolutions nécessaires au développement de cette activité (comme cela est recommandé dans ce même guide¹²²).

Il est également préconisé une implication de la direction, au plus haut niveau, avec des outils de gouvernance (ce qui est le cas), un comité de pilotage, un suivi particulier par un membre de l'équipe de direction et des revues opérationnelles.

Le futur projet d'établissement, l'arrivée récente de la directrice générale et la nomination d'un nouveau médecin coordonnateur peuvent être l'occasion d'impulser un changement en lien avec la stratégie adoptée. Un comité de suivi, ainsi qu'un conseil de l'unité d'ambulatoire pourront être initiés.

La charte de fonctionnement sera alors mise à jour. Selon l'article D. 6124-301-1 du code de la santé publique « *en lien avec la charte de fonctionnement, la direction de l'établissement formalise les responsabilités, autorités et délégations de responsabilité de son personnel à toutes les étapes du processus de prise en charge par chirurgie ambulatoire dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur. La direction les communique à tout le personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge du patient* »¹²³.

Nous avons pu évoquer les différents professionnels gravitant autour de ce projet, ceci implique de les mettre en lien, nous allons donc à présent aborder la coordination de ces différents professionnels et les opportunités que cela engendre.

¹²² Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire- Recommandations organisationnelles *Op Cit*, p 9

¹²³ Article D. 6124-301-1 du Code de la santé publique, *Op Cit*, site consulté le 2-05-2018

6. LES OPPORTUNITES DE LA COORDINATION

Dans le contexte actuel de nécessaire efficience et optimisation des ressources tant humaines, que matérielles, nous ne pouvons faire l'impasse sur les notions de collaboration, coopération et coordination afin d'optimiser le temps de chacun.

La loi HPST de 2009, évoquée précédemment, a une importance notable dans le décloisonnement des unités d'hospitalisation, *via* l'instauration de pôles d'activité. Elle précise l'importance de la collaboration entre professionnels, par l'introduction de la possibilité d'une démarche de coopération entre professionnels, après validation par l'ARS. Les notions de coopération et de collaboration sont donc clairement pointées par les pouvoirs publics.

Récemment, la LFSS pour 2018 encourage les actions de coordination pour concourir à l'amélioration de la prise en charge et des parcours des patients. Cette loi intervient en précision de la LMNSS.

Effectivement, dans la LMNSS de 2016, les termes de parcours et de la nécessaire coordination sont énoncés également : « *La loi de modernisation de notre système de santé pose à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients. Il faut en effet cesser de raisonner par secteur (...). Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. En clair, faire émerger les « soins primaires » et accompagner le « virage ambulatoire » nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge (...). Concrètement, cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé* »¹²⁴.

Trois niveaux de prise en charge sont alors identifiés :

Tout d'abord les parcours de santé, qui articulent les soins avec la prévention en amont et le maintien et le retour à domicile en aval.

Ensuite, les parcours de soins, avec le recours aux consultations et aux secteurs d'hospitalisations (programmées ou en urgence, qu'ils soient de court séjour, soins de suite et de réadaptation, unités de soins longue durée ou encore établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes). Et enfin le parcours de vie, prenant en compte la personne dans son environnement familial, social et économique.

L'objectif annoncé est de « *permettre aux français de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment (...). Et surtout, satisfaire à la demande des patients et de leurs proches en faisant évoluer les soins et les services. En effet, la médecine de parcours amène à un changement de paradigme profond : l'adaptation de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins... et non plus l'inverse* »¹²⁵. Cette notion de parcours place réellement l'usager au cœur de ses soins, ce qui contraint les structures à s'organiser pour répondre à ses besoins.

Cette modification de la prise en charge en santé renforce le besoin d'accompagner le « virage ambulatoire » évoqué auparavant. Les hôpitaux doivent donc se centrer sur leurs missions premières de soins et non d'hébergement, avec des durées d'hospitalisation adéquates et des durées de séjours conformes aux besoins des patients.

Concernant les organisations en santé, les discontinuités dans les parcours entraînent des conséquences de plusieurs ordres. Tout d'abord, cela entraîne des surcoûts générés par une mauvaise

¹²⁴ Parcours de santé, de soins et de vie, Une approche globale au plus près des patients, Ministère des Solidarités et de la Santé, disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>, site consulté le 10-04-2018

¹²⁵ Parcours de santé, de soins et de vie, Une approche globale au plus près des patients, *Op Cit*, site consulté le 10-04-2018

maîtrise des dépenses publiques, ensuite, cela génère des difficultés de planification. Enfin, ce manque de coordination aboutit à une insatisfaction des usagers¹²⁶.

Cette nouvelle façon de concevoir le parcours de soins entraîne des modifications. En effet, des actes effectués en hospitalisation à temps complet ne sont plus pertinents dans un tel schéma. L'hébergement n'est alors plus justifié pour certains actes et le développement de la chirurgie ambulatoire et des hôpitaux de jour prend ici toute sa place. Pour parvenir à cela, les durées de prises en soins étant réduites, il convient de s'attarder sur la qualité de ces hospitalisations en amont et en aval. L'importance de la coordination avec les acteurs internes et externes aux structures hospitalières est alors avérée. Pour autant, des modifications des représentations sont alors nécessaires et ce changement doit être accompagné. « *Construire des parcours pour les patients dans un contexte de ressources contraintes – y compris humaines – incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier qu'ambulatoire* »¹²⁷. Comment alors coordonner ces nouvelles organisations et pratiques ?

Afin de comprendre de quoi il s'agit et d'adapter des terminologies communes, il convient de définir ces différentes notions.

X. Marchand¹²⁸ effectue une distinction entre la collaboration et la coopération. Selon lui, la **collaboration** est le fait de travailler à côté, avec quelqu'un ; alors que la **coopération** consiste en une collaboration vers un bien commun. La coopération se rapporte aux organisations apprenantes, afin d'optimiser l'utilisation des ressources en présence. L'organisation apprenante admet la recherche d'efficacité, par le développement du capital humain.

Selon les auteurs, les termes de coopération et de collaboration ne sont pas utilisés dans le même sens.

Pour E. Friedberg, « *l'univers complexe des rapports humains et de l'interaction sociale est toujours potentiellement instable et conflictuel (...); la construction de cette coopération constitue bien le problème central et fondamental que doit résoudre toute organisation (...), il est et reste au cœur de l'action collective des hommes* »¹²⁹.

D'autre part, pour F. Henri et K. Lundren-Cayrol, la **coopération** est entendue en tant que « *partage dans le sens de la division, alors que dans le cadre de la collaboration, il signifie participer* »¹³⁰.

En outre, selon P. Zarifian, deux versions de la coopération peuvent être distinguées : une faible et une forte. Dans la version faible, la **coopération** consiste en une **meilleure coordination** des actes de travail ; le travail est séparé et divisé, la responsabilité ne se partage pas, mais l'objectif visé est une amélioration des passages de relais et des dialogues entre les différents professionnels, chacun ayant donc une tâche bien définie.

Alors que dans la version forte de la **coopération**, cela ne consiste pas uniquement à travailler ensemble, mais cela sous-entend « communiquer au sens de construire et développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque ».

Par ailleurs, pour N. Alter, **coopérer** intègre un triptyque « donner, recevoir et rendre », il n'existe pas de **coordination** sans **coopération** et pas de coopération sans sentiment « *la coopération repose sur des sentiments comme l'amitié, la fierté, la gratitude ou la reconnaissance. Autrement dit, l'effectivité*

¹²⁶ BLOCH M-A., HENAUT L, *Op Cit* p 5,

¹²⁷ Parcours de santé, de soins et de vie, une approche globale au plus près des patients, 23-11-2017, disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>, site consulté le 11-04-2018

¹²⁸ MARCHAND X., Le management des ressources humaines, In : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 16-02-2018

¹²⁹ DIEU S., *Op Cit*, p 63,

¹³⁰ DIEU S., *Op Cit.*, p 64

des procédures de coordination tient à l'existence d'échanges sociaux qui font du sentiment »¹³¹.

Une autre notion est donc introduite ici, la **coordination**, mise en lien avec la **coopération**.

Pour finir, la structure d'une organisation est définie par H. Mintzberg comme « *la somme totale des moyens mis en œuvre pour coordonner les activités* »¹³². Il décrit six mécanismes mis en œuvre par les organisations.

- L'ajustement mutuel, qui correspond à un ensemble d'interactions plus ou moins formalisées entre les personnes, la coordination consiste alors par des « arrangements ». Ceci est adapté dans des structures avec un nombre de membres peu important et à complexité de coordination faible ;
- Pour les organisations à complexité plus importante, un acteur coordonnant les professionnels peut être utile pour adopter un rôle de superviseur direct ;
- Des règles, protocoles, standardisations de pratiques et leurs suivis peuvent garantir la coordination entre tous ;
- Pour les organisations de taille plus importante, il s'agit de résultats communiqués et connus par les acteurs, ainsi que la standardisation des objectifs qui assurent la coordination ;
- Les pré requis de compétences peuvent également être formalisés de façon à ce que les opérateurs aient une connaissance implicite des façons de s'ajuster et de travailler ensemble ;
- Enfin, lorsque ce sont les valeurs et la culture qui jouent le rôle de mécanisme de coordination, Mintzberg emploie le terme de standardisation des normes.

La coordination, comme favorisant la coopération et la collaboration entre les acteurs, apparaît donc incontournable pour éviter les ruptures au sein du parcours de santé. De plus, cela permet d'optimiser le temps de chaque intervenant et, ainsi, de ne pas faire plusieurs fois les mêmes gestes aux différentes étapes du parcours de soins.

Ceci entend donc une coordination interne aux structures de santé (entre les acteurs, entre les différentes unités ou pôles) mais cela concerne également la coordination entre l'intra et l'extra hospitalier dans le cadre du réseau ville-hôpital.

6.1. LES OUTILS DE LA COORDINATION

6.1.1. OUTILS INTERNES

Nous allons tout d'abord exposer des outils permettant d'améliorer la coordination en préopératoire entre les consultations et l'unité d'ambulatoire, puis au sein de l'hôpital de jour et également entre le bloc et l'hôpital de jour. Puis nous évoquerons un dispositif validant le retour à domicile. Enfin nous nous intéresserons à une instance permettant la coordination entre les différentes activités accueillies au sein de l'unité d'hôpital de jour.

La programmation en consultations :

La première étape de programmation des patients pour l'unité de chirurgie ambulatoire est la planification de cet acte suite à la consultation médicale. En effet, « *on peut dire qu'en ambulatoire, les étapes préalables à l'hospitalisation sont cruciales. C'est parce qu'on organise au mieux ces différentes étapes que le jour de l'intervention, tout va s'enchaîner de façon fluide. Si l'on souhaite améliorer le flux, il faut commencer par travailler sur ces étapes* »¹³³.

¹³¹ DIEU S., *Op Cit.*, p 68

¹³² DAMART S, Mécanismes de coordination de Mintzberg, Université Paris Dauphine, 24-10-2016, disponible sur : <https://www.observatoire-management.org/single-post/2016/10/24/M%C3%A9canismes-de-coordination-de-Mintzberg>, site consulté le 10-04-2018

¹³³ AISSOU M., DANOS J-P., JOLIVET A., Structurer les parcours de soins et de santé, politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi de santé, LEH Edition, 2016, p 171, 240 pages.

Dans le parcours patient du CHEL, à la suite de la consultation médicale, le médecin peut certes faire appel à l'IDE de consultations pour un soin. Mais dans le cadre d'une programmation d'hospitalisation, il oriente le patient directement vers la secrétaire qui planifie sa venue en chirurgie ambulatoire et programme l'intervention chirurgicale. Il revient donc à la secrétaire de lui fournir les informations, explications et documents nécessaires pour favoriser une prise en charge de qualité. Les secrétaires disposent de documents explicatifs reprenant les consignes préopératoires et les critères d'éligibilité à l'ambulatoire. Malgré ces précautions il arrive que les hospitalisations prévues en ambulatoire se transforment en hospitalisation à temps complet du fait d'un défaut de conditions réunies pour valider son retour le jour-même¹³⁴. De plus, ces consignes ne sont pas tracées dans le dossier du patient.

Dans la grille de contrôle interne de la chirurgie ambulatoire proposée par l'HAS¹³⁵, en plus de la traçabilité de l'information fournie par le médecin, il est préconisé d'utiliser un passeport ambulatoire centralisant les consignes préopératoires en lien avec ces prises en charge, les critères indispensables au retour et les modalités postopératoires (notamment de permanence des soins). Doter les secrétaires d'un kit avec l'ensemble des informations nécessaires à une prise en charge de qualité permet de protocoliser les pratiques et de les harmoniser. Ceci me semble d'autant plus important que l'organisation des secrétariats a été modifiée en fin d'année 2017. Les secrétaires étaient auparavant affectées à une spécialité, elles sont désormais mutualisées sur les différents secteurs. Une rotation est organisée sur plusieurs postes de travail : la réponse téléphonique, la transcription des courriers et la programmation des consultations et hospitalisations. Suite à cette réorganisation, nous observons un manque d'informations entraînant des pratiques discordantes, mises en exergue par une recrudescence d'évènements indésirables sur ce secteur.

Un travail en coordination avec la responsable des secrétaires peut donc être réalisé en ce sens. Le recueil des IPAQSS met en exergue certains manques dans la traçabilité, notamment des critères d'éligibilité à l'ambulatoire. Cet outil d'évaluation des pratiques peut être un levier pour accompagner des modifications dans les pratiques, notamment médicales.

Cette réflexion s'avère d'autant plus importante avec la diversification des parcours patients et la complexité croissante supposée des planifications. Les critères d'éligibilité en fauteuils ou brancards doivent être spécifiés et tracés par le médecin consultant, ainsi que la possibilité d'accompagnement debout au bloc opératoire. Une feuille de programmation est utilisée entre le médecin et le secrétariat, elle doit donc être adaptée aux pluralités de prises en soins.

Les outils de planification des patients en HDJ médico-chirurgical :

J'ai explicité la spécificité de l'hôpital de jour en tant que structure médico-chirurgicale. Ces différentes activités cohabitent dans les locaux avec des acteurs médicaux différents. Afin de programmer et de visualiser les patients en HDJ, il me semble pertinent d'avoir un outil de planification commun et unique. En effet, actuellement nous disposons de cette information *via* un mail, le programme du bloc opératoire et un agenda papier.

De plus, les consignes sont que « *la ressource la plus coûteuse est prioritaire* (en l'occurrence le bloc opératoire) *et les prestataires s'adaptent* »¹³⁶. Ce fonctionnement est complexe car les patients programmés au bloc opératoire ne sont pas les seuls utilisateurs de l'hôpital de jour. Le fait d'avoir trois supports différents n'est pas facilitateur.

Lors de mon année de formation à l'ESM, Dr Louvet est venu nous présenter un outil de programmation des patients, dans le cadre d'un HDJ de cancérologie¹³⁷. Lors de son intervention, il a évoqué « *l'optimisation de la programmation et de l'utilisation des espaces* ». Cela a bien évidemment

¹³⁴ Je n'ai pas connaissance de cet indicateur pour l'HDJ du CHEL. Le critère du taux de conversions des hospitalisations prévues en ambulatoire me semble intéressant à évaluer, suivre et à systématiser pour le suivi du projet.

¹³⁵ Grille de contrôle interne de la chirurgie ambulatoire, HAS, mars 2015, disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2019532, site consulté le 12-04-2018

¹³⁶ Consignes de la directrice des soins

¹³⁷ LOUVET C., L'Innovation (IMM projet optimisation du parcours de soins des patients atteints de cancer traités par chimiothérapie ou biothérapie orale), In : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 15-02-2018

fait écho au manque d'efficacité des moyens matériels de programmation utilisés en HDJ au CHEL. Cela a conforté la vision que j'avais du manque de pilotage de cette activité et de l'impression de « faire au mieux avec ce que l'on a ». J'ai alors rencontré Dr Louvet afin qu'il me fasse une démonstration de cet outil qui n'est pas qu'un logiciel de planification. Il permet en parallèle le recueil d'indicateurs pertinents d'activité et de qualité de prises en charges. Les paramétrages sont précis et permettent d'obtenir une visualisation du patient programmé, en fonction du protocole prescrit. Cela automatise le temps de présence estimé, ainsi que la récurrence, la surveillance, la nécessité d'être en fauteuil ou en brancard. De plus, cela génère automatiquement le formulaire d'inclusion, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation avec des champs pré-remplis et d'autres à renseigner par le médecin. Forte de cette présentation, j'en ai exposé le principe au directeur du système informatique. Celui-ci a été convaincu du bien-fondé de ma demande mais m'a expliqué que dans le cadre du GHT, l'acquisition de ce type de logiciel devait être commune à l'ensemble des établissements et qu'une orientation différente était en cours.

Afin d'élargir ma vision, je suis également allée observer l'organisation et les moyens utilisés dans une clinique nantaise. Leur hôpital de jour comprend un circuit court (*fast-track*) pour la spécialité d'ophtalmologie et pour l'endoscopie, avec des patients debout. L'organisation intègre également un circuit long en brancard pour des actes le nécessitant. Le nombre de patients étant bien supérieur au nôtre, y compris dans la projection d'augmentation d'activités à venir, l'organisation est compartimentée par spécialité. J'ai pu observer une planification murale, avec des fiches déplacées selon le secteur dans lequel se trouve le patient. L'IDE ou l'AS positionne la fiche avec le nom du patient face à l'item de préparation, du bloc ou du départ. Ceci permet à l'équipe paramédicale de savoir où est le patient selon l'étape de son parcours, mais aussi aux brancardiers et aux médecins.

Cet outil ne demande pas d'investissement important (tant matériel que financier) ni d'accord préalable. Il me semble donc transposable dans l'organisation de l'HDJ du CHEL. L'utilisation de ce type de support permet une coordination des parcours des patients des différentes spécialités médicales polyvalentes, gériatriques et chirurgicales. Cela facilite la visualisation de l'occupation des locaux par lieu et inclut la durée de présence prévue.

Par ailleurs, pour prévoir la durée de l'hospitalisation pour un acte donné et ainsi planifier le flux de patients, le taux de rotation sur un fauteuil ou un brancard et favoriser le turn-over, cela suppose que les médecins valident une durée prévisionnelle en fonction du type d'actes. Dans la clinique que je suis allée visiter, par exemple, le temps estimé est de trois heures pour une intervention de la cataracte et deux heures trente pour les actes d'endoscopie. Ceci est par ailleurs considéré comme un accélérateur de flux en chirurgie ambulatoire¹³⁸. Un travail de validation des actes et des durées prévisionnelles avec les médecins est donc indispensable. Cela permet également de susciter leur investissement dans le projet et de favoriser le respect de leurs engagements.

Les outils de programmation de l'unité de chirurgie ambulatoire :

Afin d'optimiser l'interface entre le bloc opératoire et les services d'hospitalisations, l'ANAP recommande une coordination considérée comme « *indispensable pour garantir la qualité de prise en charge des patients opérés et la performance du bloc opératoire* »¹³⁹. De la qualité de performance du bloc opératoire dépend la qualité de programmation des patients en UCA. Afin d'atteindre ou de tendre vers cette qualité optimale, la coordination (entre la programmation du séjour et celle du bloc) nécessite un réel travail en profondeur entre le bloc opératoire et les services de soins. Ce qui permet de mettre en cohérence la planification des vacations opératoires et le nombre de lits et places disponibles en hospitalisation.

Cette coordination peut être réalisée par l'intermédiaire d'un staff de programmation entre le bloc opératoire et l'unité d'accueil. Auparavant, cette réunion de planification était assurée par le

¹³⁸ AISSOU M., DANOS J-P., JOLIVET A. *Op Cit*, p 171

¹³⁹ Bloc opératoire, optimiser l'interface avec les services de soins, partager les solutions organisationnelles pour la performance des blocs opératoires, publié le 08-09-2017, disponible sur [https://www.ANAP-optimiser-l-interface-avec-les-services-de-soins%20\(1\).pdf](https://www.ANAP-optimiser-l-interface-avec-les-services-de-soins%20(1).pdf), site consulté le 12-04-2018

chirurgien viscéral et/ou l'anesthésiste, la cadre du bloc opératoire et moi-même, en tant que cadre de l'unité de chirurgie à temps complet et d'ambulatoire. Suite aux départs de ces praticiens, ce moment d'anticipation de la cohérence de la programmation au bloc, mais aussi entre le bloc et l'UCA, est devenu non systématique et non formalisé. Il me semble pertinent de repositionner ce moment comme un temps de coordination important. Ceci organise un temps de revue de dossiers, de vérification des pièces indispensables (autorisation d'opérer, consultation d'anesthésie, ...) afin d'éviter les oublis de documents. De plus, cela permet de réajuster la planification des patients en fonction de différents critères comme les éventuelles allergies, les types d'anesthésie et les places en hôpital de jour. Cela favorise également l'intégration au sein du programme opératoire d'une validation des sorties par le chirurgien afin de valider les sorties de façon anticipée et d'éviter l'encombrement des places en UCA.

Un autre outil de coordination entre le bloc opératoire et l'UCA est la feuille de liaison service-bloc. Ce document est utilisé, aussi bien en HTC qu'en HDJ. Y sont notés le type d'intervention, le côté opéré, le matériel utilisé, le chirurgien, le type d'anesthésie ou encore la préparation préopératoire. De nombreux critères sont donc renseignés. Cependant, il n'est pas notifié si le patient est accueilli en hospitalisation de jour ou à temps complet. Ajouter ce critère me semble pertinent afin de compléter les informations et de mieux coordonner sa prise en soins.

Les indicateurs démontrant le défaut ou la qualité de prise en charge peuvent être les événements indésirables liés à un défaut de programmation (dossier incomplet, mauvaise préparation du patient, retard de prise en charge en lien avec ces items).

D'autre part, en post-opératoire, afin de favoriser une sortie précoce, mais adaptée à l'état de santé du patient, les IDE effectuent un recueil des constantes de la personne hospitalisée, un accompagnement ou une surveillance au lever. Elles évaluent les nausées et servent une collation. Ceci est réalisé de façon systématique mais non formalisée et non tracée par tous. Pour valider cette procédure, le score de Chung peut être utilisé¹⁴⁰. Cette grille comprend le recueil des constantes, la déambulation, la présence de nausées ou de vomissements, l'évaluation de la douleur et la surveillance d'un saignement postopératoire. Ces critères sont cotés et évalués selon l'âge et en comparaison du préopératoire. Le score attendu doit être de 9/10 pour valider la possibilité de sortie. L'utilisation de cette fiche permet d'harmoniser les pratiques des IDE, d'accompagner les nouveaux professionnels et, enfin, de sécuriser la sortie de l'utilisateur. Ceci peut être intégré au dossier patient informatisé afin de faciliter son utilisation et remplissage. Un travail avec un médecin anesthésiste est en cours sur l'intégration de cette fiche au dossier informatique du patient.

Le pilotage de l'HDJ via des instances :

Nous avons déjà exposé les difficultés liées à la concomitance des activités chirurgicales et médicales. Selon Bloch et Henaut, « *des difficultés de coopération s'observent également entre deux confrères, qu'ils exercent sous des statuts différents, dans des organisations différentes, voire dans deux services du même établissement (...). Ces difficultés de coopération sont en partie dues à l'étanchéité des cultures professionnelles (...). Les tensions sont renforcées par le manque de définition des champs d'intervention et des prérogatives propres à chaque intervenant et à leur évolution permanente, cet état de fait pouvant induire une forme de déresponsabilisation* »¹⁴¹.

Ces difficultés de coopération peuvent être amoindries par une meilleure coordination, *via* une réunion formalisée similaire aux instances existantes pour le bloc opératoire (comité de bloc ou conseil des utilisateurs du bloc opératoire). Afin de réunir les différents professionnels, il me semble intéressant de mettre en place une instance commune qui peut être un conseil des utilisateurs de l'HDJ. Cela peut favoriser le partage de valeurs communes, notamment de qualité de prises en soins. Certes un des objectifs est le développement des activités mais le but premier est de prendre en soin

¹⁴⁰ Fiche du score de Chung en annexe N° 4, disponible sur : <https://www.fichier-pdf.fr/2011/09/22/anesthesie-du-patient-ambulatoire/preview/page/7/>, site consulté le 28-04-2018

¹⁴¹ BLOCH M-A, HENAUT L., *Op Cit*, p 5

de façon qualitative.

Repositionner cette valeur au cœur de nos préoccupations me semble être un point de rencontre des médecins et chirurgiens, mais également des professionnels paramédicaux. Selon Christophe Dejours, « *la référence exclusive aux coûts conduit à l'aggravation des contradictions entre rentabilité et qualité ; elle déstructure le sens du travail, dans la mesure où, sur le plan de la mobilisation psychologique, ce qui prime c'est la question du sens du travail* »¹⁴². Ce conseil des utilisateurs peut constituer un moment de partage des points forts de l'organisation de l'unité, ainsi que des points de vigilance et des actions d'améliorations possibles.

Les membres du comité de pilotage peuvent être le médecin coordonnateur de l'HDJ, le cadre de l'unité, la direction générale, la direction des soins. Les invités sont les médecins utilisateurs, les équipes paramédicales de l'HDJ, des représentants du personnel du bloc opératoire, un représentant des brancardiers.

Ce temps d'échange constructif crée l'occasion pour les différents participants de disposer des mêmes informations quant aux indicateurs d'activité et de satisfaction. Cela favorise l'entente mutuelle sur les contraintes et une meilleure compréhension des organisations des différents corps de métiers et spécialités, notamment pour la communauté médicale.

Ces temps de réunions, d'échanges et de coordination permettent de rassembler les différents intervenants autour de valeurs communes. Ceci favorise la réflexion sur le parcours patients, avec les différentes étapes et acteurs tout au long de sa prise en charge.

Cependant, un des points d'achoppement du fonctionnement au CHEL est l'organisation en pôles qui n'est pas réellement effective. En effet, vue la taille de l'établissement et les enjeux de pouvoir que j'ai évoqués précédemment, nous observons des positionnements divergents de la part de la communauté médicale, de la direction générale et de la direction des soins. Chacun de ces acteurs est sollicité par les différentes parties avec des alliances sous-jacentes (ou visibles) et les champs d'actions s'entrecroisent.

Il me semble alors qu'une organisation polaire avec un chef de pôle investi et engagé dans son rôle (et reconnu par la communauté médicale), un cadre de pôle validé par la direction générale et la direction des soins, peut repositionner chacun dans son périmètre et dans son rôle. De plus cela confère à ces différents acteurs une légitimité pour intervenir auprès des autres professionnels, notamment par un positionnement hiérarchique. Effectivement, une des difficultés rencontrées dans ce travail a été mon exposition vis-à-vis de mes pairs et des médecins. Une fonction validée par l'institution positionne les personnes différemment dans leur rôle, même si tout ne se joue pas uniquement dans l'affichage, mais bien dans les actions menées et les résultats obtenus également.

Nous avons évoqué le temps de l'hospitalisation comme un temps donné dans le parcours de santé du patient, ce qui nécessite également des actions de coordination externes, et donc des outils.

6.1.2. OUTILS EXTERNES

Selon le GRACE (groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie), « *la prise en charge, que doit toute équipe médicale aux patients commence déjà avant l'intervention chirurgicale pour se poursuivre au-delà de la sortie l'hôpital* »¹⁴³. Nous avons décrit ce qui peut être réalisé en interne à l'hôpital pour coordonner au mieux l'hospitalisation de jour, nous allons à présent observer les moyens possibles pour améliorer le lien avec l'extérieur.

De nombreux dispositifs existent pour favoriser la coordination des établissements de santé avec les acteurs externes, j'ai choisi d'en exposer deux, utilisables spécifiquement en hospitalisation de jour.

¹⁴² DEJOURS C., GERNET I., Travail, subjectivité et confiance, 2012, La nouvelle revue de psychosociologie n° 13, « le management hors sujet ? », disponible sur <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm>, site consulté le 29-03-2018

¹⁴³ AISSOU M., DANOS J-P., JOLIVET A. *Op Cit*, p 183

Ayant conscience que l'hospitalisation n'est qu'un temps donné dans le parcours de soin de la personne, la période de l'hospitalocentrisme doit être révolue. La priorité est donnée aux soins en externe, avec le médecin traitant comme maillon central de la prise en charge, en tant que soins de premiers recours. Les médecins spécialistes et hôpitaux généraux sont les soins de second recours. Enfin les CHU et lieux d'hyperspécialisation sont ceux de troisième recours¹⁴⁴.

La sortie doit être anticipée au plus tôt, si possible dès la consultation. Des outils favorisant la sortie de l'hôpital sont proposés, selon des modalités définies.

Nous allons en premier lieu évoquer le PRADO. Ce programme de retour à domicile est développé par l'assurance maladie. Il est décliné dans trois types de prise en charge que sont la maternité, l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque ; d'autres perspectives sont à l'étude. Il vise à « améliorer la continuité des soins et à éviter les ruptures en sortie d'hospitalisation »¹⁴⁵. Une grille comportant des critères d'éligibilité permet d'inclure le patient dans ce dispositif. C'est ensuite le conseiller de l'assurance maladie qui se charge d'organiser le retour à domicile et de coordonner les différents intervenants nécessaires au bon déroulement de la poursuite de la prise en charge. Pour pouvoir participer à ces prises en charge, des conventions doivent être conclues entre le directeur de l'établissement de santé et la caisse primaire d'assurance maladie. « L'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie signent le contrat avec les structures retenues lorsqu'elles estiment que le projet de santé de la structure est cohérent avec le projet régional de santé »¹⁴⁶. Ce programme est tout-à-fait applicable aux soins réalisées en hôpital de jour. Ce point est spécifiquement abordé dans un document explicatif sur le site AMELI.fr : « Cette modalité de soins vous permet de regagner votre domicile le jour même du traitement et vous évite de passer une ou plusieurs nuits à l'hôpital »¹⁴⁷.

Cependant, je reste prudente sur la possible mise en œuvre de ce dispositif. Effectivement, après un travail en collaboration avec la chirurgienne présente, j'avais proposé à la directrice des soins que ce programme soit appliqué en chirurgie orthopédique, dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet. Cela avait fait face à une opposition de la part de la communauté médicale à qui cela avait été proposé. Malgré cela, les acteurs ayant changé (les médecins et la direction de l'établissement), ainsi que le cadre de son application (ici particulièrement en chirurgie ambulatoire), il me semble envisageable de préparer un argumentaire, afin d'étudier la pertinence de sa mise en œuvre. Il est nécessaire de convaincre la présidente de CME, ainsi que la directrice de l'établissement, pour qu'elles soient porteuses du projet.

Un autre programme est utilisé pour favoriser le retour rapide à domicile : la RRAC ou récupération (ou réhabilitation) rapide après chirurgie (également appelée RAAC : récupération anticipée après chirurgie). Cette méthode est largement utilisée en Europe du nord, au Canada et plus récemment aux Etats-Unis. Elle tend à se développer en France, après y avoir été introduite par un groupement de cliniques. Ses principes reposent sur une prise en charge transversale tout au long du parcours de soins de l'utilisateur. Ce qui amène donc à anticiper en amont de l'hospitalisation, mais également l'aval, c'est-à-dire la sortie, que ce soit à domicile ou en structure, afin que le patient sorte de façon précoce et en sécurité.

Selon Aissou, Danos et Jolivet, « la démarche est à la fois clinique et organisationnelle, construite au sein d'une équipe pluridisciplinaire, animée par un référent RRAC, sous l'impulsion permanente de praticiens leaders associés à la direction de l'établissement et de ses relais. A chaque étape la prise en charge est analysée et optimisée (...). Les programmes RRAC exigent une participation de tous les

¹⁴⁴ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., *Op Cit*, p 13

¹⁴⁵ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., *Op Cit*, p 179

¹⁴⁶ Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité, Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, version consolidée au 12 avril 2018, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835>, site consulté le 12-04-2018

¹⁴⁷ Hospitalisation : les types de séjour et les démarches à effectuer, site de l'assurance maladie, disponible sur <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation/hospitalisation>, site consulté le 12-04-2018

intervenants médicaux et administratifs et s'appuient sur une information partagée en temps réel, y compris par les professionnels de santé de ville »¹⁴⁸.

Nous constatons de nouveau l'importance d'avoir des médecins porteurs de projet forts et identifiés par la communauté médicale, qui initient le projet, puis effectuent un relai auprès des différentes professions, qu'elles soient administratives ou soignantes.

Pour que ces différents projets fonctionnent, nous nous apercevons bien de l'importance d'avoir des acteurs de coordination reconnus et légitimés.

6.2. LES ACTEURS DE LA COORDINATION

Selon Marie-Aline Bloch (*et al*) « *La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération (...) les deux termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération (...). D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures. Mais on peut aussi considérer que la coopération vient en surcroît de la coordination. En effet cette dernière consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs (avec une efficacité limitée) sans qu'il y ait nécessairement une véritable coopération qui consiste à avoir le "souci de l'autre", connaître et comprendre ses contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance »¹⁴⁹.*

La prise en compte des différents acteurs en lien avec la coordination, ne peut se faire sans tenir compte des nécessités de coopération entre les différents professionnels. De plus, les enjeux de pouvoir sont inhérents à la coordination et doivent donc être intégrés aux dispositifs mis en place auprès des acteurs.

Marie-Aline Bloch (*et al*) précise que dans le cadre d'actions de coordination, « *les règles de fonctionnement doivent s'élaborer progressivement, souvent en s'appuyant sur des pratiques informelles antérieures, et être partagées par les professionnels pour une meilleure appropriation (...) le groupe doit inventer ses règles pour permettre l'action collective »¹⁵⁰. L'outil en lui-même permet aux différents professionnels de partager des valeurs, un objectif identique et un langage commun.*

Nous allons ici évoquer les différentes parties à coordonner, ainsi que les acteurs en charge de cette coordination. Nous évoquerons dans un premier temps les axes de la coordination interne à l'établissement de santé, puis en externe, incluant donc la notion de réseau, de parcours de santé.

6.2.1. ACTEURS INTERNES

La coordination avec les acteurs internes consiste en un travail d'interface entre les différents professionnels impactés par le projet : médecins, professionnels paramédicaux et cadres de santé. Cette mise en lien concerne plusieurs secteurs : le bloc opératoire, les consultations externes, l'hospitalisation à temps complet et l'HDJ.

Avec les professionnels des consultations :

J'ai précédemment insisté sur l'importance du temps de consultation dans le parcours de soins de l'utilisateur. Ces professionnels doivent donc être inclus dans le processus de prise en charge, comme la première étape.

¹⁴⁸ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., *Op Cit*, p 185

¹⁴⁹ *Op Cit* BLOCH, HENAUT, ... p 13

¹⁵⁰ BLOCH M-A., HENAUT L., SARDAS J-C., GAND S., La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, HAL archives ouvertes, septembre 2014, p 62, 227 pages, disponible sur : <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-00818111/document>, site consulté le 1-05-2018

Il s'agit donc ici de ne pas permettre la déresponsabilisation des acteurs des différentes unités. Pour cela, les équipes de consultations, tant IDE que secrétaires doivent être intégrées au projet, afin d'être partie prenante, de le faire leur. Ceci, dans le but qu'elles s'impliquent dans l'accompagnement des médecins pour les programmations des actes en HDJ. Elles peuvent également avoir un rôle à jouer dans la vérification des conditions d'éligibilité à l'ambulatoire.

La responsable des secrétaires est intégrée au projet en lui présentant et lui explicitant les enjeux de ce projet. Nous devons avoir conscience qu'une augmentation du nombre de patients en HDJ entraîne un accroissement de la charge de travail des secrétaires, et ce à plusieurs niveaux : tout d'abord en consultations, en lien avec les programmations au bloc opératoire, mais aussi directement en ambulatoire. J'ai auparavant précisé qu'un travail est à réaliser pour qu'il soit remis aux patients une lettre de liaison à leur sortie de la structure d'ambulatoire. Par exemple, une secrétaire allouée à l'ambulatoire permettrait de répondre aux recommandations organisationnelles, mais aussi aux enjeux institutionnels. Dans le contexte de ressources humaines contraintes, un travail sur l'accompagnement des professionnels est à effectuer auprès de la responsable des secrétariats afin de modifier l'organisation actuelle. Cependant la gestion des secrétaires n'est pas intégrée à mon périmètre, il s'agit donc bien d'un travail avec la responsable des secrétariats, en lui laissant toute sa place.

Les infirmiers des consultations sont aussi à impliquer dans le projet, en lien avec l'éducation des usagers à l'ambulatoire, la vérification des critères d'éligibilité et les explications en pré-hospitalisation. De plus, ils ont un rôle à jouer, en partenariat avec les médecins, dans l'évaluation de l'autonomie des patients et la validation des parcours en ambulatoire.

Avec les médecins :

Comme évoqué précédemment, les médecins constituent la pierre angulaire de ce projet. Il est indispensable qu'ils en soient convaincus pour y adhérer et s'impliquer, notamment dans la programmation des actes.

Lors de la consultation, ils doivent spécifier le type de parcours pour lequel le patient est programmé, le formulaire doit donc être adapté. Pour cela, je leur soumetts un nouvel exemplaire et recueille leur avis.

Un chirurgien oral vient d'être nommé médecin coordonnateur des consultations, je travaille donc avec lui pour appuyer les choix qui sont faits. De plus, étant une personne reconnue par ses pairs et de surcroît avec une activité importante, tant en consultations qu'au bloc opératoire, il est reconnu comme légitime dans cette fonction.

Quant au bloc opératoire, j'ai évoqué un nouveau médecin anesthésiste, force de propositions, avec des pratiques actuelles et compatibles avec des actes debout et des hospitalisations de courte durée. Je coopère avec elle dans le but d'adapter les pratiques anesthésiques et d'accueil des usagers.

Je vais, de plus, organiser une réunion avec l'ensemble des médecins intervenant au bloc opératoire, avec ces deux médecins comme figures fortes et référents médicaux.

Cependant, deux médecins ne suffisent pas à faire fonctionner le projet. Même si ces deux professionnels peuvent être porteurs du projet auprès de la communauté médicale, leurs collègues doivent aussi être persuadés du bien-fondé de cette nouvelle organisation et modifier leurs pratiques. L'ensemble des médecins semble adhérer aux principes du projet, il faudra par la suite qu'ils le mettent en pratique.

Pour renforcer l'alliance avec la présidente de CME et le chef de pôle, dans le cadre de ce projet, il me semble plus judicieux que ce soit les deux médecins identifiés précédemment qui le présentent à la CME. Je travaille donc avec eux en amont, puis ils en font l'exposé lors des instances.

Avec les professionnels du bloc opératoire :

La chirurgie ambulatoire et le bloc sont en étroite liaison et les professionnels doivent coopérer de façon efficace.

Le projet d'optimisation du secteur d'hôpital de jour nécessite que les professionnels du bloc opératoire aient une connaissance précise des enjeux et de l'organisation. Cette réorientation ne peut pas fonctionner de façon efficiente si les paramédicaux et les médecins ne sont pas partie prenante du fonctionnement adopté. En effet, un des enjeux est de fluidifier les flux des patients accueillis. Par ailleurs, cela entraîne aussi une modification de l'organisation au bloc opératoire. Les infirmiers et aides-soignants sont amenés à accueillir les usagers debout, ou en fauteuil, ce qui modifie les pratiques de façon importante.

Les techniques anesthésiques doivent également être adaptées à ces typologies de prises en soins.

Le bloc fonctionne actuellement sur deux salles d'interventions, le nombre d'intervenants médicaux et le flux de patients ne permet actuellement pas de réserver une salle à l'ambulatoire, comme les recommandations de l'ANAP le préconisent.

Je mène donc un travail en collaboration avec le cadre du bloc afin que les organisations et les systèmes de communication soient cohérents. Pour ce faire, nous nous réunissons régulièrement, avec des points d'étapes des projets dans chacune des organisations. Je lui présente l'avancement de ce projet, avec les points de difficultés, les forces et les interrogations que cela suscite.

Dans l'organisation du CHEL, le cadre du bloc est aussi en responsabilité des brancardiers. Ces professionnels sont centraux dans la réussite ou le blocage de ce projet. Ils sont de plus très impactés par la diversification des parcours des patients. Ils ont donc connaissance du projet de façon informelle en amont, puis plus formalisée à l'occasion de réunions avec leur cadre de santé. Une possible diminution des troubles musculo-squelettiques est mise en avant, lors des accompagnements debout ou en fauteuil. Malgré une rotation envisagée plus importante, leur charge de travail future est donc présentée comme moins lourde. Enfin, les différentes évaluations sur le parcours debout mettent en exergue une démarche moins anxiogène pour le patient et par conséquent une relation favorisée. Ces différents éléments sont valorisés pour favoriser l'adhésion au projet. Le matériel prévu leur est présenté, ils réalisent des tests avec les fauteuils envisagés. De plus, les brancardiers ayant une vision en temps réel de l'activité au bloc opératoire, leur opinion est recueillie sur l'organisation adoptée et les obstacles perçus. Ce recueil d'informations se poursuit au moment de la mise en œuvre du projet de façon concrète.

La mise en lien avec le cadre du bloc est repérée comme un point clé de la réussite du projet. En effet, elle doit le porter et impulser une dynamique de changement. De nouveau, ici le fait de travailler avec mes pairs est un élément de vigilance. Effectivement, n'ayant pas de position hiérarchique vis-à-vis de ma collègue, je ne peux que lui proposer, l'inciter à mener des actions, tout en la laissant gérer le projet selon son propre schéma. Cependant, il me semble qu'en tant que supérieure hiérarchique, j'aurais été amenée à lui fournir les grands axes du projet, en lui laissant une marge de manœuvre. L'autonomiser dans ce projet permet également de la valoriser professionnellement. Nous allons préciser ces propos en observant plus spécifiquement la coordination avec les cadres de santé.

Avec les cadres de santé :

J'ai évoqué à plusieurs reprises la spécificité pour moi de mener ce projet de façon conjointe avec des cadres de santé sans que je n'aie de position hiérarchique vis-à-vis d'eux. La coordination est donc qualifiée de fonctionnelle et nécessite d'éviter les conflits.

Cependant, ayant reçu l'aval de la direction d'une part et bénéficié de la formation du master en management des organisations soignantes d'autre part, cela m'a légitimée dans la conduite de ce projet.

J'ai pu m'appuyer sur l'expertise de mes pairs sur des organisations spécifiques. Malgré un souhait de mener ce projet comme je l'entendais, j'ai pu prendre conscience de l'importance de la délégation et de laisser l'autonomie aux cadres concernés. Mes collègues impactés par ce projet sont bien-sûr le cadre du bloc, mais aussi le cadre en missions transversales (notamment pour le dossier patient

informatisé), la cadre de l'équipe paramédicale de médecine gériatrique (qui intervient en hôpital de jour).

La conduite de projet avec les cadres de santé possède certaines spécificités. En effet, ces professionnels sont en position de managers, ils ont certaines connaissances des enjeux institutionnels et des alliances des différents acteurs au sein de l'établissement. De plus, ils doivent impulser le changement auprès de leurs équipes et donc en être convaincus eux-mêmes. Par ailleurs, leur fonction ne se résume pas à la gestion de projets, ils doivent dans le même temps être garants de la continuité de service au quotidien.

Julia Balogun s'est intéressée au rôle des cadres intermédiaires dans le changement. Elle évoque trois rôles pour les managers : implanter le changement dans son unité en tant qu'agent du changement, aider les autres à changer, tout en assurant la continuité de l'activité. Les cadres doivent s'engager dans un changement personnel, qui commence par une prise de conscience du changement et de leur rôle. Cette prise de conscience peut s'effectuer par des échanges, lors d'une communication horizontale, avec leurs pairs et par la communication verticale avec leurs supérieurs hiérarchiques. « *Les managers intermédiaires vont avoir besoin de communiquer avec leurs collègues, de collecter des informations, de poser des questions, d'échanger des expériences et des histoires alors qu'ils essaient d'interpréter ce que l'on attend d'eux dans le changement. Ces échanges informels avec leurs pairs peuvent également s'accompagner d'une communication plus formalisée, avec le dirigeant ou son équipe de direction, afin de fournir au managers une orientation (ligne directrice) sur leurs rôles et leurs responsabilités au sein du changement et de la nouvelle organisation* »¹⁵¹. Ceci s'effectue lors de réunions institutionnelles et donc formelles, ou à l'occasion de temps d'échanges informels. Si des temps de partages ne sont pas formalisés, les cadres se réuniront donc pour évoquer des problématiques inhérentes à des situations de travail à d'autres moments.

Cependant ces communications entre pairs ne sont pas l'unique axe de changement. Ils observeront également les positionnements et actes de leurs supérieurs hiérarchiques. Selon Autissier et Vandangeon-Derumez, « *Les actions de leurs supérieurs vont être interprétées comme autant de signes et de signaux leur permettant de mieux comprendre le changement. C'est ainsi que l'encadrement intermédiaire arrivera, d'une certaine façon, à se construire une vision partagée* »¹⁵². L'encadrement supérieur doit donc prendre conscience de son devoir d'exemplarité et intégrer la nécessité de s'impliquer réellement dans le changement. En effet, ces auteurs indiquent que « *l'incohérence des mots et des actions des top-managers peut ébranler le processus de création de sens chez les managers intermédiaires, conduisant à un écart entre les intentions de l'équipe de direction et ce qui se passe réellement sur le terrain* »¹⁵³.

Pour accompagner un changement, les cadres s'appuient sur de nombreuses pratiques qui vont leur permettre de faire bouger les frontières intérieures de l'organisation :

- En ajustant le système de contrôle : pour contrôler les individus à soutenir le changement, les managers intermédiaires vont soit modifier le système de contrôle existant soit en changer ;
- En cadrant les agendas : utiliser les réunions, les échanges individuels, les échanges de mail, et d'autres moyens de communication formels et informels pour convaincre les individus de l'intérêt de s'engager dans le changement ;
- En mettant en scène : manipuler les situations d'interactions de façon à ce que le message délivré, le soit de façon efficace ;
- En regroupant les intelligences : établir les liens entre les préoccupations et les problèmes des uns et des autres, que ce soit des collègues ou leurs supérieurs ;
- En manquant les top-managers : faire en sorte que les tops-manager s'impliquent plus dans le changement, prennent des initiatives, manifestent leur soutien, etc.

Nous observons ici les moyens formels ou non qui sont utilisés par les cadres intermédiaires afin de mettre en mouvement l'organisation. Ce qui signifie que si de tels réseaux n'existent pas au sein de l'organisation, les managers intermédiaires vont se créer leur propre réseau pour porter le

¹⁵¹ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op cit*, p 83

¹⁵² AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op cit*, p 83

¹⁵³ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op cit*, p 83

changement. En s'appuyant sur leurs connaissances du contexte politique interne, des motivations des uns et des autres, ces managers sont en mesure de poursuivre leurs propres objectifs de changement¹⁵⁴.

Avoir conscience de ces différents mécanismes d'actions et des stratégies utilisées permet de les intégrer et ainsi d'agir en conséquence avec les cadres de santé. Pour accompagner ce projet, j'ai donc pu renforcer certains mécanismes utilisés et en éviter d'autres, pour que la transformation des organisations en place aille dans le sens de la mise en place de ce projet. Il a alors fallu impulser le sens du projet, expliquer les enjeux, les objectifs attendus.

Lors des *reportings* avec la directrice des soins, mais également à l'occasion d'échanges avec les professionnels médicaux et paramédicaux, j'évoque les points d'avancement et les actions à mener pour lever les freins. Je fixe les axes du projet et le cadre (notamment temporel). Cependant je laisse agir mes collègues selon leur propre management et avec leur connaissance du contexte spécifique de leur secteur et des professionnels qui y travaillent. Ceci permet de valoriser leur travail et de reconnaître leur expertise. Travailler avec mes pairs nécessite que j'adopte une position différente, pour avoir une vision d'ensemble du parcours du patient, de la consultation au retour à domicile.

Cependant, un cadre de pôle pour accompagner ce type de projets et coordonner les différents acteurs me semble judicieux. Un échelon intermédiaire entre la directrice des soins et les cadres dits de proximité me semble pertinent d'un point de vue stratégique. Effectivement, cela permet de repositionner la directrice des soins uniquement sur une vision haute, dans une sphère politique. Le cadre de pôle quant à lui peut accompagner les cadres sur les transformations d'organisations, avec une connaissance plus fine du terrain et des problématiques. La directrice des soins est alors positionnée en décideur, elle donne les orientations, tranche quant aux choix adoptés.

Le contexte budgétaire ne permettra peut-être pas de réaliser ce choix, mais il me semble que cela favoriserait un équilibre plus juste entre le pouvoir médical et le pouvoir soignant et administratif. Par ailleurs, la directrice des soins pourrait alors renforcer son ouverture vers l'extérieur de l'institution et le travail en coordination avec les partenaires externes.

En effet, l'hôpital étant positionné comme un maillon du parcours de soin de l'utilisateur, une coordination avec les acteurs externes à l'établissement semble incontournable et primordiale.

6.2.2. ACTEURS EXTERNES

Depuis plusieurs années, nous avons vu que les pouvoirs publics tentent d'ouvrir l'hôpital hors les murs et de repositionner l'utilisateur au centre d'un parcours de soins. *A fortiori*, l'hôpital de jour doit s'ouvrir vers l'extérieur et donc favoriser la coordination entre les partenaires médicaux et paramédicaux pour diverses raisons.

Le CHEL étant un hôpital de proximité, son activité passe par la reconnaissance des atouts de l'hôpital et des médecins, par les professionnels de ville (incluant ici les libéraux, maisons de santé, ...). Ce sont ces acteurs libéraux qui vont adresser les usagers, il est donc important de privilégier ces partenariats. Par ailleurs, afin de favoriser la communication avec les professionnels, la lettre de liaison doit être remise au patient à la sortie de la structure (au moins une version provisoire, en attendant que la version définitive soit transcrite).

Nous évoquons ici prioritairement les acteurs médicaux, mais la coordination vers l'extérieur ne se résume pas à cela. Walter Leuz a théorisé la notion d'intégration. Selon lui, « *l'intégration consiste à interconnecter le système de soins (soins aigus, soins de premiers recours, soins spécialisés) avec les autres systèmes humains (soins de longue durée, éducation et insertion professionnelle, et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer la situation des personnes (état clinique, satisfaction et*

¹⁵⁴ AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., *Op cit*, p 84-85

efficience)»¹⁵⁵. Tous les acteurs médicaux et paramédicaux doivent être intégrés au réseau de prise en charge de l'utilisateur.

Dans des situations complexes ou spécifiques (type gériatrie), des intervenants sont identifiés pour créer ce lien. La difficulté sur le CHEL est que personne n'est réellement identifié pour coordonner les actions, la petite taille de l'établissement se surajoute à cette complexité. Effectivement, dans certains établissements, des *bed-managers*, *case-managers*, ou encore infirmières coordinatrices sont nommés pour favoriser le travail en réseau avec les partenaires extérieurs. « *Les stratégies qui se centrent uniquement sur les organisations ne sont pas suffisantes. Il faut un lien humain. Un case-manager peut apporter ce lien, garantir la continuité des soins et la mise en œuvre d'un programme de services coordonnés* »¹⁵⁶

Une réflexion est à mener, dans le cadre de ce projet de développement d'ambulatoire. En effet, en lien avec la modification des pratiques infirmières (notamment le fait de ne plus perfuser les patients dans l'unité), les infirmières se dégagent du temps supplémentaire. Il conviendra d'étudier si, même avec l'augmentation d'activité supposée, je peux identifier et allouer du temps à la coordination. Ce temps peut servir à appeler les IDE libérales, et leur expliquer les soins à réaliser ; à contacter les kinésithérapeutes de ville pour leur préciser les suites opératoires ou encore à faire le lien avec les médecins libéraux pour les tenir informés des conduites à tenir.

Ces mises en lien favorisent la mise en commun de la culture soignante, cela permet de se retrouver autour des valeurs inhérentes à la prise en soin de l'utilisateur. Dans le rapport du même nom, Bernadette Devictor, met en avant « *l'intérêt à agir pour les professionnels* ». Elle évoque « *un cadre de travail en coopération avec des objectifs communs de santé publique, des échanges d'information, une volonté partagée d'améliorer le service rendu, dans un cadre éthique de valeurs partagées très fortes et mobilisables dans la démarche envisagée. Le service public territorial de santé (SPTS) vient remettre au premier plan les valeurs de service à la population et lutter contre les risques d'une individualisation excessive de l'exercice des professions de santé, et du sentiment d'esseulement qui en résulte. (...). Enfin, les professionnels sont confrontés à de nombreux enjeux éthiques s'ils ne bénéficient pas d'espace d'échange avec leurs collègues ou de règles collectives établies au préalable* »¹⁵⁷. Parvenir à échanger sur les prises en charge semble donc nécessaire.

Par ailleurs, dans le cadre de développements de réseaux de santé, des financements sont possibles par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, intégré au fonds d'intervention régional. Des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent être constituées, souvent à l'initiative des professionnels de ville. Un projet de santé peut alors être proposé. Ces CPTS « *sont destinées à assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé* »¹⁵⁸. La contractualisation avec l'ARS prend la forme d'un contrat territorial de santé, permettant de définir les objectifs, les parties prenantes, leurs engagements, les moyens et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation¹⁵⁹. Cette possibilité mérite d'être proposée et étudiée plus précisément avec la direction. D'autant plus que l'article 51 de la LFSS, vient renforcer cette possibilité.

Enfin, une réunion d'information avait été organisée par la direction afin de présenter les médecins et les nouvelles activités en consultations aux professionnels de ville. Effectuer une présentation semblable pour exposer le projet de l'hôpital de jour me paraît pertinent.

A cette occasion, un formulaire d'information peut être partagé et un questionnaire sur l'intérêt qu'ils y voient (en posant les questions dans le sens dans lequel nous souhaitons qu'ils s'engagent) peut être distribué. Ceci permet de porter ce changement auprès des acteurs libéraux.

¹⁵⁵ BLOCH M-A., HENAUT L., *Op Cit*, p 7

¹⁵⁶ Commission présidentielle des Etats Unis de santé mentale, 1981, cité dans BLOCH M-A., HENAUT L., *Op Cit*, p 7

¹⁵⁷ Le service public territorial de santé, le service public hospitalier, développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, rapport DEVICTOR B., mars 2014, disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf, site consulté le 20-04-2018

¹⁵⁸ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., *Op Cit*, p 33

¹⁵⁹ PTA et CPTS, une nouvelle étape dans la structuration de l'offre de soins et du parcours du patient, disponible sur : <https://www.hippocrate-developpement.fr/blog/hippocrate-decode-1/post/pta-et-cpts-une-nouvelle-etape-dans-la-structuration-de-loffre-de-soins-et-du-parcours-du-patient-2>, site consulté le 2-05-2018

Les acteurs principaux de cette coordination externe sont les représentants de l'établissement, donc la directrice générale et la présidente de CME, qui ont d'ailleurs bien pris conscience de cette importance.

7. LES POINTS DE VIGILANCE ET FACTEURS DE REUSSITE

7.1. LES POINTS DE VIGILANCE

Le déclencheur légitime pour accompagner cette transformation des organisations est le manque de lits en HDJ certains jours. Il s'agit d'un élément qui permet de repenser les parcours des patients et l'ensemble du processus de prise en soins en ambulatoire. De plus, ceci représente une opportunité pour augmenter l'activité dans ce secteur et adapter les pratiques en lien. Malgré cela, des points de vigilance sont à observer.

Tout d'abord sur la communication adoptée. Une note de service permet de présenter le projet à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle est à l'initiative de la direction et informe sur la mise en œuvre du projet. Ce n'est pas un outil d'engagement des professionnels, mais bien une diffusion de l'information à un large public.

Les groupes de travail permettent que les professionnels s'impliquent dans le projet, entraînant une adhésion par la suite au projet. Ce projet ayant un impact sur différents secteurs, la stratégie de communication lors de ces groupes de travail doit être en cohérence avec le sens et les valeurs de ce changement. Il est donc important de veiller particulièrement à la rhétorique adoptée auprès des professionnels paramédicaux, médicaux et des autres cadres de santé. Certes, l'augmentation de l'activité est un des objectifs, mais repositionner les valeurs soignantes et l'amélioration des conditions de travail des professionnels au cœur de ce changement favorise l'adhésion.

Une présentation aux différentes instances doit être réalisée. Intégrer les représentants du personnel et les organisations syndicales en amont permet de lever les obstacles et arguments qui peuvent être opposés.

En parallèle, la vigilance quant au positionnement et au contexte stratégique, politique et culturel de l'établissement est inhérente à la fonction. J'entends par ces termes les alliances et enjeux de pouvoir qui sont sous-jacents ou exprimés. Le travail du cadre doit être conjoint avec le médecin coordonnateur et le discours cohérent. Les alliances doivent par ailleurs être poursuivies.

Enfin, un management participatif auprès des professionnels paramédicaux, dans la phase de réflexion sur les éléments de mise en œuvre, permet qu'ils soient convaincus de ce changement et qu'ils s'impliquent par des propositions.

Un autre point de vigilance consiste à l'évaluation des critères d'éligibilité des usagers aux différents parcours patients. Rédiger des parcours patients précis pour les types d'actes réalisés permet des programmations adaptées dès la consultation. Par ailleurs, que les médecins valident une durée prévisionnelle d'hospitalisation favorise une vision d'ensemble sur la rotation possible quotidiennement.

En outre, une attention particulière doit être portée aux différents temps de prises en soins du patient : les parcours diversifiés vont multiplier les circuits de prises en charge et accentuer les risques d'erreurs. Des points de vérification telle l'identitovigilance doivent être omniprésents tout au long de l'hospitalisation.

En sus de ces éléments de vigilance, des points clés doivent être suivis pour valider la réussite de ce projet.

7.2. LES FACTEURS DE REUSSITE

Les facteurs de réussite pour ce projet sont de plusieurs ordres :

Politiques :

Il convient que la directrice générale soit la représentante de ce projet au plus haut niveau. Le développement de l'HDJ doit être inscrit dans le projet d'établissement et décrit comme une priorité. En outre, elle est garante de sa présentation aux instances de l'établissement.

De plus la présidente de CME et le chef de pôle impulsent ce changement pour le présenter à la communauté médicale. Cela peut permettre la rédaction d'un contrat de pôle, incluant des objectifs en lien avec le développement d'activité en HDJ. Les médecins intègrent alors les enjeux et peuvent faire preuve de motivation pour que cela fonctionne. Cela nécessite un changement de pratiques médicales.

Par ailleurs, le directeur des ressources humaines a également un rôle important à jouer en tant que supérieur hiérarchique de la filière administrative et de communiquant de ce changement. La représentante de ces professionnels accompagne le changement auprès des admissionnistes, des secrétaires de consultations et de celles d'hospitalisation.

D'autre part, la directrice des soins représente la direction auprès des professionnels paramédicaux. Le projet est expliqué, soutenu et argumenté auprès des cadres de santé, afin qu'eux-mêmes en soient les porteurs auprès des équipes de soins (particulièrement la cadre du bloc opératoire). Cela nécessite donc une compréhension et une appropriation de ce projet de la part des encadrants. Elle favorise également la coopération entre la cadre de bloc et moi-même pour converger vers un but commun.

Enfin, le binôme médecin coordonnateur et moi-même en tant que cadre de l'unité sommes identifiés et reconnus. Nous initiions et animons des réunions comme le comité des utilisateurs de l'HDJ, avec un suivi d'indicateurs définis.

Ces différents éléments montrent l'importance d'une cohérence au plus haut niveau institutionnel, d'une politique qui rassemble et fédère les acteurs. Cela constitue un point clé des facteurs de réussite de ce projet.

Techniques et organisationnelles :

Les techniques d'anesthésie doivent favoriser un *turn-over* adapté aux schémas d'organisation envisagés. Par exemple, afin que les patients se rendent en marchant au bloc opératoire et quittent assez rapidement leur brancard ou leur fauteuil, il ne faut pas qu'ils aient eu de prémédication.

Aussi, il est important que les médecins et chirurgiens intègrent les enjeux et contraintes. Cela permet qu'ils valident les différents chemins cliniques pour les actes inhérents à leur spécialité et qu'ils respectent leurs engagements. Les critères d'éligibilité debout, en fauteuil ou en brancard sont respectés. Ils doivent par ailleurs avoir conscience qu'une modification d'ordre organisationnel sera nécessaire : par exemple pour favoriser la libération rapide des places, un passage du médecin en cours de programme opératoire est incontournable. Les protocoles et parcours patients sont rédigés et à disposition des soignants en fonction du type d'intervention.

De même le matériel à disposition est adapté aux besoins : le nombre de brancards et de fauteuils est suffisant et pratique d'utilisation. L'affichage des patients est réalisé sur un outil commun pour les différentes spécialités et les médecins peuvent connaître où se situe leur patient sans solliciter un soignant. La tenue utilisée par les patients répond aux critères de pudeur, respect et ne génère pas de

perte de temps pour l'installation au bloc opératoire. Le salon d'attente et d'accueil est utilisé à bon escient en amont et en aval du passage en chambre.

De plus la formation et le développement de compétences des professionnels paramédicaux permettent une harmonisation des pratiques sur les étapes de prise en charge dans le parcours de soins des usagers. Le flux des patients est donc favorisé. L'heure de venue en HDJ est cohérente, validée selon l'horaire prévu d'intervention chirurgicale, connue de tous et respectée.

Enfin, la coordination avec les acteurs extérieurs est efficace : une lettre de liaison est rédigée et fournie à la sortie au patient. Elle est ensuite envoyée au médecin traitant désigné. Il est également important que l'infirmière prenne conscience de l'importance de son rôle d'éducation et d'explication auprès des professionnels libéraux. Je dois évaluer le temps libéré par la modification d'organisation (par exemple le fait de ne plus perfuser) versus l'augmentation d'activité réalisée. Ce créneau peut être consacré à informer les partenaires extérieurs du déroulement de l'hospitalisation et des conduites à tenir.

Evaluables et communiqués :

Les indicateurs sont suivis et présentés lors des instances et des réunions de service. Ils sont mesurés en lien avec les objectifs, ils sont quantitatifs et qualitatifs.

Les indicateurs quantitatifs consistent en la mesure de l'activité : le taux d'occupation, le taux de rotation, le temps de présence des usagers. Ils peuvent être évalués à un mois de la mise en œuvre, à trois puis six mois, et en routine annuellement. L'objectif minimum attendu du taux de rotation se trouve à 130 %.

L'activité est un point important à surveiller car elle doit en outre valider le financement d'un poste d'aide-soignant sur l'HDJ. Il faut donc observer l'augmentation d'activité nécessaire pour permettre ce coût en personnel supplémentaire, en « autofinancement » sur le secteur d'HDJ.

Un autre indicateur quantitatif réside dans le nombre (ou la proportion) de patients en parcours debout, en fauteuil et en brancard. Ceci valide l'effectivité du projet et croise les informations pour une analyse plus pertinente.

Par ailleurs, en termes qualitatifs, le nombre et l'évolution des évènements indésirables en lien avec cette transformation d'organisation sont suivis. Cela passe notamment par la mesure d'impacts sur les secteurs autres que l'HDJ : le temps accordé à la programmation par les secrétaires en consultations, la fluidité du parcours patient, avec les éventuels retards de prises en charge au bloc opératoire, ou encore les répercussions que cela peut entraîner sur l'HTC.

La validité et les modifications éventuelles des parcours programmés sont également étudiés. Nous observons si les critères d'éligibilité aux parcours debout, en fauteuil ou en brancard sont réalistes. Par ailleurs, une analyse de programmation des parcours par les médecins est réalisée : planifient-ils les patients selon l'acte prévu et leur autonomie ? Ensuite, les chirurgiens intègrent-ils la validation des sorties des patients dans leur programme opératoire ?

D'autre part les retours des questionnaires de satisfaction auprès des usagers de l'HDJ sont également analysés. Ces mesures sont réalisées mensuellement. Le taux de satisfaction devra être au moins identique.

Enfin, les professionnels sont écoutés sur cette modification d'organisation. Les recueils d'avis auprès des professionnels peuvent être pris en compte à travers par exemple des enquêtes ou les entretiens individuels, réalisés après trois mois de la mise en œuvre. Des marqueurs comme l'évolution du taux d'absentéisme ou des mutations interservices sont également suivis. Cette analyse est effectuée conjointement avec le service de gestion des ressources humaines, de façon trimestrielle.

CONCLUSION

Dans le contexte de santé actuel orienté vers des contraintes budgétaires et d'augmentation d'activité, le CHEL fait face à la nécessité de développer ses activités et d'adapter ses organisations. La territorialité, avec l'intégration au GHT 44 ajoute de la complexité à l'équation, mais permet par ailleurs de développer des forces, notamment en termes de recrutements de médecins, ce qui constitue une des fragilités de cet hôpital.

Les politiques de santé nationales, régionales et institutionnelles se dirigent vers le développement de l'ambulatoire. Le CHEL ne fait pas exception et doit s'adapter pour répondre à ces prérogatives.

Le développement de l'hôpital de jour, dans le cadre du virage ambulatoire amorcé depuis plusieurs années est un incontournable. La diversification des parcours des patients permet de répondre à ces objectifs d'activité, tout en axant sur la qualité et la sécurité des soins. Ceci favorise le positionnement du patient au cœur de son parcours et comme acteur de sa prise en soins.

L'objectif de ce projet est de fluidifier les parcours des patients pour favoriser leur *turn-over*, de répondre aux problématiques de places déjà existantes et *a fortiori* d'accroître les activités sur l'ensemble de la semaine. Ceci permettrait également d'impulser la mise en place de nouveaux projets sur l'HDJ, déjà balbutiants comme l'HDJ bariatrique, d'addictologie ou encore l'HDJ des soins de suite et de réadaptation.

Cette réorganisation nécessite un accompagnement des équipes médicales et paramédicales sur leurs pratiques. Ceci entraîne une modification des représentations, de la culture soignante et des schémas classiques de prises en charge à l'hôpital. Pour cela, il convient de prendre conscience des enjeux institutionnels et des relations de pouvoirs qui peuvent exister entre les acteurs. Ce projet se construit par des alliances avec la direction, avec les médecins et en impliquant les équipes de soins des différents secteurs concernés.

Le cadre de santé, se trouvant à l'interface de plusieurs organisations, doit fédérer et piloter le projet. Mon rôle est donc de favoriser l'implication par un management participatif et de coordonner les professionnels. Je dois informer et collaborer avec les équipes de soins, les médecins et les cadres de santé sur la conduite de projet. Le pilotage de ce changement passe par un repérage des besoins, une analyse de l'existant et la formulation d'une proposition de transformation d'organisation. L'identification d'un binôme cadre de santé et médecin coordonnateur de l'HDJ permet d'inscrire ce projet dans un contexte institutionnel, comme une des priorités de l'établissement.

Les facteurs de réussite de ce projet résident dans la fluidité du parcours patient, l'estimation des places correspondant aux besoins, les taux de rotation et d'occupation augmentés, le niveau de satisfaction des usagers et enfin l'amélioration des conditions de travail des professionnels. Des indicateurs de suivi tels que la mesure du niveau d'activité, le taux de satisfaction des usagers et des professionnels et l'analyse des événements indésirables en lien avec ce secteur permettent de valider ou réajuster les pratiques.

En parallèle, le CHEL doit s'inscrire dans une perspective d'hôpital « hors les murs » et davantage se tourner vers l'extérieur. Les fonctionnements en réseaux de santé se développent et sont encouragés. Le lien avec l'extérieur fait partie des obligations réglementaires de l'hôpital, notamment par la lettre de liaison ou de sortie. Les personnels doivent intégrer l'hospitalisation comme une étape, de plus en plus courte pour l'utilisateur, avec une exigence de se positionner comme un maillon de la chaîne de soins. Le lien avec les partenaires extérieurs doit être accentué, avec une coordination renforcée et plus efficace. Des recours à domicile comme les professionnels libéraux, les prestataires privés ou encore l'hospitalisation à domicile sont nécessaires pour prendre le relais. De nouvelles organisations de parcours sont proposées depuis mars 2018 pour favoriser le recours à l'HAD en postopératoire de

chirurgie afin de favoriser les sorties précoces¹⁶⁰. L'HDJ n'entre actuellement pas dans ce périmètre, mais c'est une des perspectives qui pourrait être envisagée par le gouvernement.

Les hospitalisations tendent à diminuer à partir de 2030¹⁶¹, les soins à domicile sous diverses formes vont se développer pour constituer la majorité des prises en soins. C'est donc à l'hôpital de s'adapter pour continuer à offrir des soins de qualité, répondant aux attentes de la population.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale nous incite à innover dans les organisations, en promouvant la coordination. C'est à nous d'imaginer une nouvelle organisation en réseau, visant la pertinence et la qualité du parcours de santé.

¹⁶⁰ Fiche résumant le dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie », disponible sur <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2016/02/Fiche-r%C3%A9sumant-le-dispositif-3-HAD-postchir.pdf>, site consulté le 12-04-2018

¹⁶¹ « Selon le scénario des experts, on assisterait d'ici à 2030 à un retournement de cette tendance. Le recours à l'hôpital des personnes âgées diminuerait, grâce aux progrès dans le suivi des pathologies chroniques, à une meilleure organisation des parcours de soins permettant de limiter les hospitalisations évitables, et à une attention apportée à la pertinence des soins. Entre 2012 et 2030, le taux d'hospitalisation des plus de 65 ans baisserait de près de 5 %. Cela permettrait d'amortir leur poids démographique croissant (même si la part des séjours réalisés par les personnes de 75 ans ou plus va continuer d'augmenter, passant de 24 % à 29 % en 2030). Au total le scénario des experts conduirait à limiter l'augmentation du nombre de séjours hospitaliers à 2,3 millions alors que le prolongement des tendances observées entre 2009 et 2012 aurait conduit à une augmentation de près de 6 millions de séjours ». Source : Les dossiers de la DREES N°10, Mai 2017, Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2018, 227 pages, p10

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AISSOU Mourad, DANOS Jean-Pierre, JOLIVET Alexia, Structurer les parcours de soins et de santé, politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi de santé, LEH Edition, 2016, p 13, 240 pages.
- AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. Conduite du changement : concepts clés. 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs. Paris : éditions Dunod ; 2010, 225 pages
- BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Editions Dunod, Janvier 2014, 315 pages
- BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, SARDAS Jean-Claude, GAND Sébastien, La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, HAL archives ouvertes, septembre 2014, disponible sur : <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-00818111/document> , site consulté le 1-05-2018
- BOUTINET Jean-Pierre, Psychologie des conduites à projet, Editions PUF, 6^{ème} édition, mise à jour juin 2014, 127 pages
- JOULE Robert-Vincent, BEAUVOIS Jean-Léon, Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, Editions PUG, 2014, 317 pages
- MARSAN Christine, Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs ? Editions De Boeck, 2008, 290 pages
- MORIN Pierre, Le management et le pouvoir, Editions d'organisation université, 1991,190 pages
- NERE Jean-Jacques, Le management de projet, Editions PUF, 4^{ème} édition, mise à jour septembre 2015, 127 pages

Chapitres d'ouvrages

- AUBERT Nicole, L'individu hypermoderne, Editions Erès, 2004, 449 pages (p 1 à 118)
- MADERS Henri-Pierre, GAUTHIER Elisabeth, LE GALLAIS Cyrille : Conduire un projet d'organisation- guide méthodologique- Editions d'organisation, deuxième édition, 2001

Revue et articles

- DAMART Sébastien, Mécanismes de coordination de Mintzberg, Université Paris Dauphine, 24-10-2016, <https://www.observatoire-management.org/single-post/2016/10/24/M%C3%A9canismes-de-coordination-de-Mintzberg>, site consulté le 10-04-2018
- DEJOURS Christophe Dejours, GERNET Isabelle, Travail, subjectivité et confiance, 2012, La nouvelle revue de psychosociologie n° 13, « le management hors sujet ? », disponible sur <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm>, site consulté le 29-03-2018
- DE MONTMOLLIN Maurice, 1984, l'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive, Berne, Peter Lang, cité dans Gérer les compétences pour vos projets, Competice, <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>, site consulté le 18-03-2018
- JORRO A., WITTORSKI R., De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle, Les sciences de l'éducation, Vol.46, N°4, 2013, 118 pages, (p11/22), disponible sur <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2013-4-page-11.htm>, site consulté le 28-04-2018
- LE BOTERF Guy, 1995, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Éditions d'organisations. LE BOTERF (G), 1997, compétence et navigation professionnelle, Paris, Éditions d'organisation, cité dans Gérer les compétences pour vos projets, Competice,

<http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>, site

consulté le 18-03-2018

- REYDET Jean-Marc, CLERC Marie-Claire, Carte des compétences, présentation d'une cartographie des compétences, La démarche de cartographie des compétences, <http://slideplayer.fr/slide/2923040/>, site consulté le 18-03-2018
- ROSENWEG Daniel, Absentéisme au travail : la réalité dans le privé et dans le public, Le parisien, 22-11-2017, <http://www.leparisien.fr/economie/absenteisme-au-travail-l-etude-qui-revele-la-realite-dans-le-privé-et-dans-le-public-22-11-2017-7407225.php>, site consulté le 20-03-2018
- SAMURCAY-RABARDEL Renan, PASTRE Pierre, 1995, Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences ", in Education permanente N° 123, cité dans Gérer les compétences pour vos projets, Competice, <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>, site consulté le 18-03-2018
- ZANTMAN Françoise, Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, dans Transmissions, Le magazine de la direction des soins et des activités paramédicales, N°54, septembre 2016
- Journal Le monde, La ministre de la santé dévoile ses pistes pour réduire le déficit global de la santé, le 21-10-2017, disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/22/la-ministre-de-la-sante-devoile-ses-pistes-pour-reduire-le-deficit-global-de-la-secu_5204322_1651302.html, site consulté le 22-11-2017
- Journal Le Monde, Qu'est-ce que la T2A qui cristallise les tensions à l'hôpital, 13-02-2018, disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2a-qui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html, site consulté le 03-05-2018
- Revue Le Management Hospitalier, du 8-02-2011, <http://www.revue-hospitaliere.fr/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER>, site consulté le 10-04-2018
- Revue Soins Cadres N°97 (Février 2016), consulté sur le site <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2016/03/le-virage-ambulatoire-ou-leffet-masse/>, le 22-11-2017.

Communication dans une formation

- COHERT Michel, Allocations des dépenses de santé, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 03-10-2017
- DUMOND Jean-Pierre, Transformer les organisations, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 24-01-2018
- LETOURNEAU Dominique, Innovation et recherche, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 23-11-2017
- LOUVET Christophe, L'innovation, IMM projet optimisation du parcours de soins des patients atteints de cancer traités par chimiothérapie ou biothérapie orale), *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 15-02-2018
- MARCHAND Xavier, Place de la notion de compétences dans l'organisation du travail, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 27-10-2017
- MARCHAND Xavier, La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 24-11-2017
- MARCHAND Xavier, Le management des ressources humaines, *In* : Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Master 2 MOS, le 16-02-2018

Dictionnaire

- Garnier Delamare, dictionnaire des termes médicaux, 25^{ème} Edition, Maloine, Paris, 1998

Travaux universitaires

- DIEU Stéphane « le travail quotidien entre cadres de santé : un lien de coopération ou de collaboration ? », Mémoire Master 2, Mention Sciences et Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation, Option Ingénierie de la Formation, juin 2014, 141 pages, Editions HAL, Archives ouvertes

- CALVEZ Catherine, La loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires (2009) Dossier documentaire Rédaction : Date d'édition : 22 février 2016, https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/02/DD_LoiHPST_201602.pdf, site consulté le 05-10-2017
- DEFACHELLE Christian, L'organisation des soins en hospitalisation de jour, quelles contraintes, pour quels enjeux ? Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 1999, 112 pages

Sites internet

Documents ANAP et HAS :

- Bloc opératoire, optimiser l'interface avec les services de soins, partager les solutions organisationnelles pour la performance des blocs opératoires, publié le 08-09-2017, disponible sur [ANAP-optimiser-l-interface-avec-les-services-de-soins%20\(1\).pdf](#), site consulté le 12-04-2018
- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire- Recommandations organisationnelles- Outils et guides- Interdiag chir ambu- Outils de diagnostic interne de chirurgie ambulatoire- mai 2013, disponible sur http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/guide_securite_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf, site consulté le 18-04-2018, 112 pages
- Grille de contrôle interne de la chirurgie ambulatoire, HAS, mars 2015, disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2019532, site consulté le 12-04-2018
- Guide méthodologique, sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, ANAP, disponible sur http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/guide_securite_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf, consulté le 17-04-2018
- Le virage ambulatoire, synthèse, socle de connaissances, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf, site consulté le 24-10-2017
- HAS DAQSS_document de sortie d'hospitalisation_ Validation par le Collège de la HAS : 15 octobre 2014, 8 pages, disponible sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf, site consulté le 17-03-2018

Textes juridiques :

- Code de la santé publique
- Code du travail
- INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), http://www.aphjpa.org/pdf/Ins_frontiere_2010.pdf, site consulté le 18-12-2017
- Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité, Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, version consolidée au 12 avril 2018
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/texte>, site consulté le 18-05-2018
- Service public territorial de santé, le service public hospitalier, Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, Rapport Bernadette DEVICTOR, mars 2014, disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf, site consulté le 29-04-2018

Documents divers :

- Hospitalisation : les types de séjour et les démarches à effectuer, site de l'assurance maladie, disponible sur <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation/hospitalisation>, site consulté le 12-04-2018
- Fiche résumant le dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie », disponible sur <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2016/02/Fiche-r%C3%A9sumant-le-dispositif-3-HAD-postchir.pdf>, site consulté le 12-04-2018
- Parcours de santé, de soins et de vie, Une approche globale au plus près des patients, Ministère des Solidarités et de la Santé, <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>, site consulté le 10-04-2018
- Le processus de prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi, Clinique des Ormeaux, 19 pages disponible sur : <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1/1415/pdf>, site consulté le 20-03-2018
- Définition du métier aide-soignant(e), Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=19>, site consulté le 17-04-2018
- Définition du métier de l'infirmier(ère) en soins généraux, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=2>, site consulté le 17-04-2018
- Conférence inaugurale des journées d'étude de l'association des directeurs de bibliothèques départementales de prêt, 1-10-2013, <http://www.adbdp.asso.fr/index.php/la-doc-cr-journées-d-etude/41-conferences-inaugurales/55-l-innovation-par-arnaud-groff-consultant-en-management-et-innovation>, site consulté le 20-12-2017
- Les dossiers de la DREES N°10, Mai 2017, Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2018, 227 pages, p 10
- L'approche processus, mode d'emploi, Hans Brandenburg, Jean-Pierre Wojtyna, Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 2006, 190 pages, p 17 https://books.google.fr/books/about/L_approche_processus.html?id=Va0ITxTdAdgC&redir_esc=y, site consulté le 29-10-2017
- Réhabilitation (ou récupération) améliorée après chirurgie, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/raac_annexe_avis_parties_prenantes_2016.pdf, site consulté le 01-05-2018
- Indicateurs d'organisation, Hospidiag, disponible sur <http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?service=hospidiag&sessionid=/hRPKQbR3S0&port=5196&program=hd.hospidiag.sas&debug=0&finess=440000297&tab=3&anfocus=2016>, site consulté le 28-04-2018
- L'analyse SWOT (fiche outil), disponible sur : <https://www.lescahiersdelinnovation.com/2016/11/analyse-swot/>, site consulté le 17-03-2018
- L'hospitalisation à temps partiel, direction des affaires juridiques, assistance publique des hôpitaux de Paris, disponible sur <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lhospitalisation-a-temps-partiel/>, site consulté le 24-10-2017
- Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000, disponible sur <http://www.em-consulte.com/en/article/8615>, site consulté le 26-04-2018
- Chirurgie ambulatoire, Fédération Hospitalière de France, publié le 07-04-2015, disponible sur <https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Chirurgie-ambulatoire#64797>, site consulté le 24-10-2017
- Soins ambulatoires, définitions, publié le 13-10-2016, disponible sur <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>, site consulté le 18-11-2017
- Cartographie, Hospidiag, disponible sur : <http://cartographie-hospidiag.atih.sante.fr/#e=440029379;l=fr;i=sejourshd.eft;v=map1;s=2016;z=-313850,6087910,296055,200002;f=TT>, site consulté le 21-11-2017

- Archive today, disponible sur : <http://archive.is/lAVF#selection-413.0-435.606>, site consulté le 18-11-2017
- ORS Pays de la Loire La santé des habitants des Pays de la Loire. 2017, http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/SantePop/2017_rapport_etatsantepdl.pdf, site consulté le 24-11-2017
- Site officiel de la COMPA, Communauté de communes du pays d'Ancenis : <http://www.pays-ancenis.com/compa/le-territoire/chiffres-cles/>, site consulté le 25-11-2017
- Infobretagne.com: <http://www.infobretagne.com/ancenis.htm>, site consulté le 18-11-2017
- Vie publique, au cœur du débat public : <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>, direction de l'information légale et administrative, publié le 30-08-2013, mis à jour le 26-09-2013, site consulté le 05-10-2017
- Ministère des solidarités et de la santé : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-saen> , publié le 23-01-2015, site consulté le 05-10-2017
- PTA et CPTS, une nouvelle étape dans la structuration de l'offre de soins et du parcours du patient, disponible sur : <https://www.hippocrate-developpement.fr/blog/hippocrate-decode-1/post/pta-et-cpts-une-nouvelle-etape-dans-la-structuration-de-loffre-de-soins-et-du-parcours-du-patient-2>, site consulté le 2-05-2018

Documents d'établissements

- Projet d'établissement CH Ancenis 2012-2016 / V14/ Juin 2012, 195 pages
- Rapport d'activité 2016 du Centre Hospitalier Francis Robert

ANNEXES

- Annexe n°1 : Chiffres d'activité de médecine et de chirurgie du CHEL au 31 décembre 2017
- Annexe n° 2 : Grille de questions des entretiens réalisés
- Annexe n° 3 : Le processus de prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi, Clinique des Ormeaux
- Annexe n° 4 : Score de Chung

Annexe 1

ACTIVITE MEDECINE

| UM | Libellé | 31 Décembre 2016 Editeur PMSI Pilot | | | 31 Décembre 2017 Editeur PMSI Pilot | | | Janvier - Décembre 2017 Janvier - Décembre 2016 | | | Janvier - Décembre 2017 Janvier - Décembre 2016 | | | |
|--------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--------|
| | | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | |
| 101A | Court Séjour Gériatrique | 44 | 728 | 2 932 330 € | 50 | 619 | 2 598 423 € | 6 | -109 | - | 333 907 € | 13,6% | -15,0% | -11,4% |
| 101B | Addictologie | 17 | 205 | 516 248 € | 0 | 61 | 158 118 € | -17 | -144 | - | 358 130 € | -100,0% | -70,2% | -69,4% |
| 101D | Addictologie complexe* | 0 | 0 | - € | 16 | 126 | 387 648 € | 16 | 126 | - | 387 648 € | | | |
| 102A | Médecine B Générale | 71 | 952 | 3 256 259 € | 69 | 794 | 2 928 855 € | -2 | -158 | - | 327 404 € | -2,8% | -16,6% | -10,1% |
| 102C | Médecine B SPLD | 9 | 71 | 456 226 € | 5 | 66 | 495 556 € | -4 | -5 | - | 39 330 € | -44,4% | -7,0% | 8,6% |
| 202 L | Bilans Gériatriques* | 3 | 73 | 35 811 € | 12 | 124 | 63 064 € | 9 | 51 | - | 27 253 € | 300,0% | 69,9% | 76,1% |
| 202 M | HDI Médecine | 0 | 35 | 15 337 € | 8 | 37 | 16 386 € | 8 | 2 | - | 1 049 € | | 5,7% | 6,8% |
| 202 N | HDI Séances | 5 | 98 | 52 699 € | 9 | 94 | 46 887 € | 4 | -4 | - | 5 812 € | 80,0% | -4,1% | -11,0% |
| 2030 | Médecine Post Urgences | 56 | 228 | 615 763 € | 65 | 719 | 1 895 380 € | 9 | 491 | - | 1 279 617 € | 16,1% | 215,4% | 207,8% |
| 2410 | UHCD | 153 | 1 852 | 1 103 031 € | 180 | 1 868 | 1 143 560 € | 27 | 16 | - | 40 529 € | 17,6% | 0,9% | 3,7% |
| Total | | 358 | 4 242 | 8 983 704 € | 414 | 4 508 | 9 733 877 € | 56 | 266 | 750 173 € | 15,6% | 6,3% | 8,4% | |

* Nouvelle autorisation au 01/04/2017

ACTIVITE CHIRURGIE

| UM | Libellé | 31 Décembre 2016 Editeur PMSI Pilot | | | 31 Décembre 2017 Editeur PMSI Pilot | | | Janvier - Décembre 2017 Janvier - Décembre 2016 | | | Janvier - Décembre 2017 Janvier - Décembre 2016 | | | |
|--------------|----------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|---------------|
| | | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | Nombre de RSS sur le mois | Nombre de RSS cumulés | Valorisation T2A cumulée | |
| 201A | Chir Conv GASTRO | 6 | 64 | 63 757 € | 4 | 53 | 55 135 € | -2 | -11 | - | 8 622 € | -33,3% | -17,2% | -13,5% |
| 201C | Chir conv OPH | 0 | 1 | 1 266 € | 0 | 0 | - € | 0 | -1 | - | 1 266 € | -100,0% | -100,0% | |
| 201D | Chir conv ORL | 0 | 0 | - € | 0 | 13 | 11 184 € | 0 | 13 | - | 11 184 € | | | |
| 201E | Chir conv ORTHO | 41 | 445 | 1 574 540 € | 23 | 353 | 1 471 857 € | -18 | -92 | - | 102 683 € | -43,9% | -20,7% | -6,5% |
| 201F | Chir UROLOGIE | 0 | 4 | 4 157 € | 0 | 1 | 1 001 € | 0 | -3 | - | 3 156 € | -75,0% | -75,9% | |
| 201G | Chir conv VASCULAIRE | 0 | 0 | - € | 0 | 4 | 6 494 € | 0 | 4 | - | 6 494 € | | | |
| 201H | Chir conv VISCERALE | 29 | 435 | 949 317 € | 24 | 326 | 770 028 € | -5 | -109 | - | 179 289 € | -17,2% | -25,1% | -18,9% |
| Conv | | 76 | 949 | 2 593 037 € | 51 | 750 | 2 315 699 € | -25 | -199 | - | 277 337 € | -32,9% | -21,0% | -10,7% |
| 201I | GCS CHIR CONV OPH | 0 | 3 | 2 666 € | 0 | 1 | 1 253 € | 0 | -2 | - | 1 413 € | | -66,7% | -53,0% |
| 201J | GCS CHIR CONV DENT | 6 | 57 | 67 670 € | 8 | 60 | 82 274 € | 2 | 3 | - | 14 604 € | 33,3% | 5,3% | 21,6% |
| 202I | GCS Chir Ambu GASTRO | 15 | 177 | 137 596 € | 27 | 259 | 201 322 € | 12 | 82 | - | 63 726 € | 80,0% | 46,3% | 46,3% |
| 202J | GCS Chir Ambu OPH | 7 | 156 | 196 033 € | 7 | 155 | 194 661 € | 0 | -1 | - | 1 372 € | 0,0% | -0,6% | -0,7% |
| 202K | GCS Chir Ambu DENT | 58 | 576 | 702 383 € | 31 | 666 | 810 659 € | -27 | 90 | - | 108 276 € | -46,6% | 15,6% | 15,4% |
| GCS | | 86 | 969 | 1 106 348 € | 73 | 1141 | 1 290 169 € | -13 | 172 | - | 183 821 € | -15,1% | 17,8% | 16,6% |
| 202A | Chir Ambu GASTRO | 19 | 198 | 147 926 € | 19 | 190 | 140 063 € | 0 | -8 | - | 7 863 € | 0,0% | -4,0% | -5,3% |
| 202C | Chir Ambu OPH | 0 | 0 | - € | 1 | 3 | 3 761 € | 1 | 3 | - | 3 761 € | | | |
| 202D | Chir Ambu ORL | 0 | 0 | - € | 6 | 56 | 49 713 € | 6 | 56 | - | 49 713 € | | | |
| 202E | Chir Ambu ORTHO | 22 | 173 | 182 538 € | 6 | 177 | 193 802 € | -16 | 4 | - | 11 264 € | -72,7% | 2,3% | 6,2% |
| 202F | Chir Ambu URO | 0 | 17 | 21 215 € | 0 | 12 | 12 979 € | 0 | -5 | - | 8 236 € | | -29,4% | -38,8% |
| 202G | Chir Ambu VASC | 0 | 13 | 17 092 € | 4 | 31 | 38 962 € | 4 | 18 | - | 21 870 € | | 138,5% | 128,0% |
| 202H | Chir Ambu VISC | 23 | 166 | 198 337 € | 24 | 229 | 352 848 € | 1 | 63 | - | 154 511 € | 4,3% | 38,0% | 77,9% |
| Ambu | | 64 | 567 | 567 108 € | 60 | 698 | 792 128 € | -4 | 131 | 225 020 € | -6,3% | 23,1% | 39,7% | |
| Total | | 226 | 2485 | 4 266 493 € | 184 | 2589 | 4 397 996 € | -42 | 104 | 131 504 € | -18,6% | 4,2% | 3,1% | |

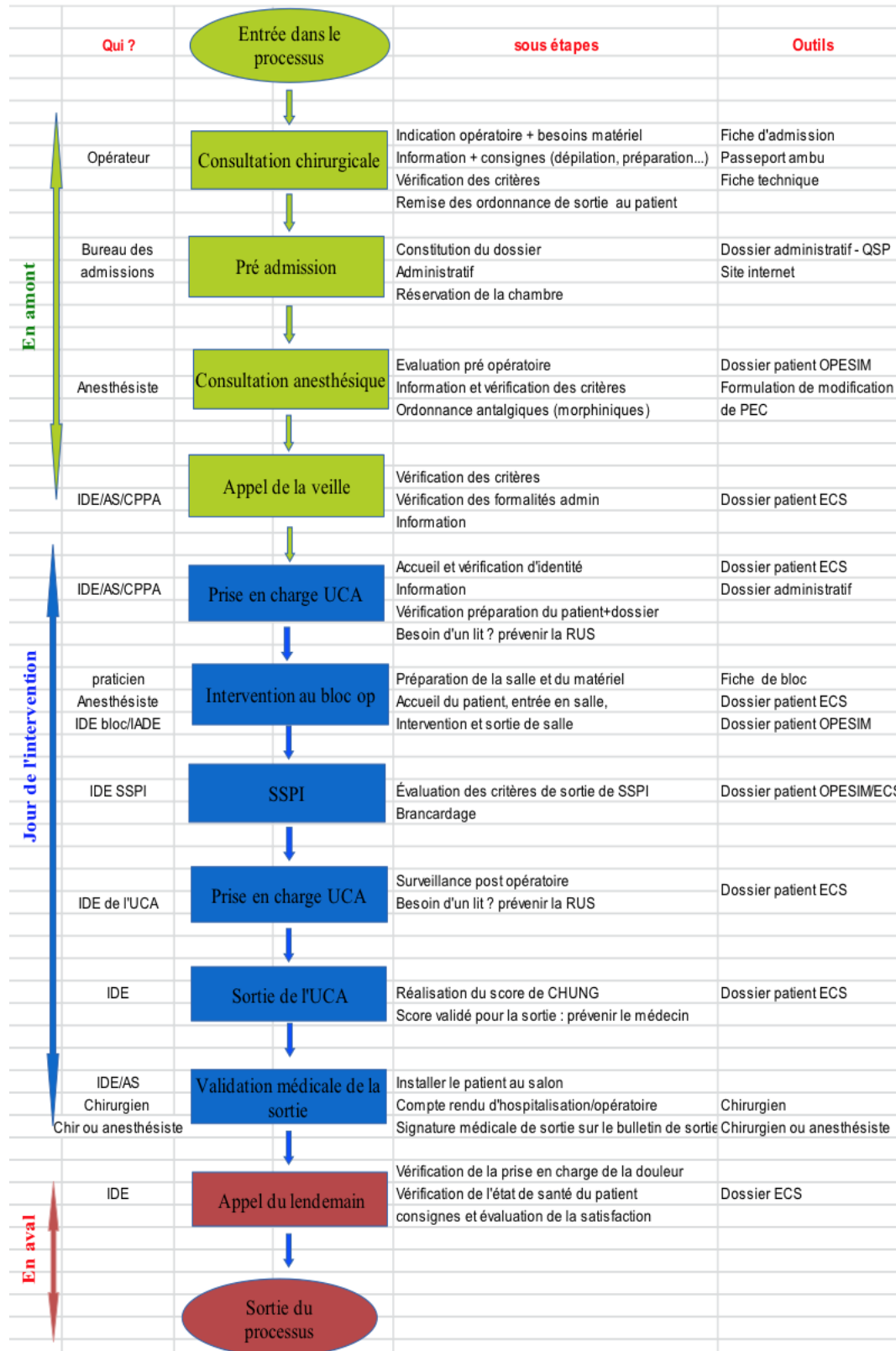
Annexe 2

Grille d'entretien :

- Selon vous quels sont les enjeux de l'hôpital de jour au Centre hospitalier Erdre et Loire actuel et futurs ?
- Pensez-vous que l'organisation actuelle permette de répondre aux enjeux du développement de l'activité ?
- Pensez-vous que l'organisation actuelle soit efficiente pour la prise en charge des hôpitaux de jour gériatrique, des hôpitaux de jour de médecine, et des hôpitaux de jour chirurgicaux ?
- Avez-vous l'impression que l'organisation actuelle permet de répondre aux besoins et aux demandes ?
- Quelle problématique pouvez-vous identifier sur le fonctionnement actuel de l'hôpital de jour médicaux chirurgicales ?
- Actuellement l'organisation est standardisée, quels en sont pour vous les avantages et les inconvénients ?
- Si l'on envisage un parcours debout ou un circuit fauteuil cela vous semble-t-il envisageable et si oui pour quel type de prise en soin ?
- Pensez-vous que l'on puisse envisager que les patients aillent au bloc opératoire debout ou en fauteuil ?

Annexe 3

Le processus de prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi, Clinique des Ormeaux



Annexe 4

| Paramètres | Modalités | Points |
|--|---|--------|
| Constantes vitales (température, pouls, respiration) | Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires | 2 |
| | Variation comprise entre 20 et 40 % | 1 |
| | Variation > 40 % | 0 |
| Déambulation | Démarche assurée, sans vertige | 2 |
| | Marche possible avec assistance | 1 |
| | Démarche non assurée, vertiges | 0 |
| Nausées et/ou vomissements | Minimes | 2 |
| | Modérés | 1 |
| | Sévères | 0 |
| Douleurs | Minimes | 2 |
| | Modérés | 1 |
| | Sévères | 0 |
| Saignement chirurgical | Minimes | 2 |
| | Modérés | 1 |
| | Sévères | 0 |
| Total | | 10 |

TITRE DU DOCUMENT

Conduite d'un projet d'optimisation d'hôpital de jour médico-chirurgical

AUTEUR

Sandrine LE BOT

MOTS CLÉS

Hôpital de jour médico-chirurgical, ambulatoire, parcours patients, management, accompagnement au changement

KEY WORDS

medical-surgical day hospital, ambulatory, care pathways, modifications of the organization of care

RÉSUMÉ

Les politiques nationales de santé en France encouragent le développement des soins ambulatoires. Suite à l'intégration du Centre Hospitalier Erdre et Loire au groupement hospitalier de territoire, de nouveaux médecins ont été recrutés afin d'élargir l'offre de soins. Ces praticiens effectuent des consultations qui ont un fort potentiel ambulatoire.

De plus, l'hôpital de jour, avec une capacité de 10 places, propose une offre pluridisciplinaire, avec l'accueil de spécialités médicales polyvalentes, médicales gériatriques et chirurgicales.

L'objectif de ce projet, en lien avec les orientations nationales, le projet régional de santé et le projet d'établissement, est de favoriser le développement des activités de l'hôpital de jour médico-chirurgical, tout en assurant une qualité et une sécurité des soins, en prenant en compte les capacités et l'autonomie des patients.

Tout d'abord, j'ai effectué une évaluation des besoins actuels et futurs, en termes de capacité d'accueil. Puis j'ai réalisé une analyse des parcours patients de l'accueil à l'accompagnement au bloc opératoire, en brancard. Ces parcours de soins ont été redéfinis, avec des typologies de prises en charge différentes selon les actes et les spécialités. Une analyse des coûts et des modifications possibles, selon différents scénarii, a été réalisée. Une évaluation des besoins en personnels paramédicaux, en termes de quantité et de compétences, a été menée. Enfin, un accompagnement au changement a été mis en place pour conduire les modifications de l'organisation des soins.

Pour évaluer la validité de ce projet, les points suivants seront mesurés : le nombre de patients éligibles à l'accompagnement en salle d'intervention debout, en fauteuil ou en brancards, selon les spécialités et les modes d'interventions chirurgicales. Le succès est mesuré par le taux d'occupation en hôpital de jour, le taux de rotation, le nombre de déclarations d'évènements indésirables, mais aussi par les questionnaires de satisfaction des patients et les retours des médecins.

ABSTRACT

A policy of ambulatory interventions has become a national target in France. Following the integration of the Hospital "Erdre et Loire" to a large regional Hospital Group, new doctors were recruited in order to expand the care offer. These practitioners perform consultations that have high ambulatory potential. Additionally, the day hospital, with 10 patient places, has a multidisciplinary offer, with general medical, geriatric, and surgical specialties.

The main objective for the hospital is to support the development of the activities of the medical-surgical day hospital. The second objective is to ensure quality and safety of care, taking into account the capacities and autonomies of the patients.

To begin with, an assessment of current and future needs in terms of reception capacity was made. This was followed by the analysis of the reception and accompaniment of all users on stretchers to the operating rooms. Care pathways were redefined, with different care according to acts and specialties. A Cost analysis of possible modifications according to different scenarios was performed. An estimate of paramedical staff in numbers and skills was established. Finally, support was put in place to accompany the modifications of the organization of care.

To assess the validity of this project, the following points will be measured. Different patient journeys, according to the acts performed in the operating rooms: patients on foot, in wheelchairs, or stretchers, according to the specialties and modes of surgical interventions. The success is measured by occupancy rate, turn-over rate, but also by patient satisfaction questionnaires and doctors' opinions.