

*Ecole Supérieure
Montsouris
Université Paris Est Créteil Val-de-
Marne*



Repenser l'ambulatorio en hôpital de
jour d'hématologie clinique.

Sylvie LECONTE

MTMOS
2013-2014



PREAMBULE

J'ai validé en 2009 la 1ère année de Master Management Gestion Santé.

Il est nécessaire pour moi de finaliser mon cursus universitaire en Master 2 afin d'être en lien avec l'évolution de la formation des paramédicaux et des métiers. Depuis la mise en place des pôles, les missions du Cadre de Santé sont directement impactées tant au niveau managérial qu'au niveau de la gestion d'une activité. Les métiers sont en train de changer et de s'adapter à l'évolution démographique. Le profil des professionnels lui-même a changé. Tout ceci est en lien avec un contexte politique, économique, sociale, et générationnel. La prise en compte de ces paramètres est indispensable pour mener les actions adaptées. Il était donc indispensable pour augmenter mes connaissances managériales de faire cette formation universitaire et pouvoir mieux appréhender les enjeux d'aujourd'hui.

Dans cet écrit, je présente une étude prospective en lien avec les données actuelles. Elle a pour but de considérer l'hématologie clinique dans son ensemble en tenant compte du parcours du patient.

Je remercie tous les collaborateurs avec qui j'ai travaillé, l'équipe paramédicale, les médecins hématologues et plus particulièrement le Dr DEVIDAS, Monsieur MARGRAITT du Contrôle de gestion, le département d'information médicale, Madame NALLET Coordinatrice Générale des soins, Mme Picaud Cadre Supérieur du Pôle.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1.
1. – L’ENVIRONNEMENT : ELEMENT ESSENTIEL DANS LE SYSTEME	3
1.1 L’Ile de France : une des plus grandes régions à l’échelle du monde	3
1.2 L’ARS d’Ile de France : huit territoires de santé	3
1.3 Notre conférence de territoire : le département de l’Essonne.....	4
2. LES FACTEURS CONTEXTUELS : ELEMENTS DE COMPREHENSION	5
2.1 Quelques bases sémantiques	5
2.2 Une des priorités nationales : le Plan Cancer	7
2.3 Un peu d’historique... ..	9
2.4 Dimension politique et économique actuelle.....	11
3. PRESENTATION DE L’HEMATOLOGIE CLINIQUE, SES DIVERSES MISSIONS	13
3.1 Présentation.....	13
3.2 Type d’activité et divers projets.....	14
4. L’HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ET SOINS INTENSIFS,	16
4.1 Présentation de l’équipe et spécificités du service	16
4.2 Une organisation récente.....	17
4.3 Evolution chiffrée du service	18
4.4 Le projet d’extension de l’hospitalisation et Soins Intensifs	20
4.5 Quels sont les effets de l’extension d’activité sur les acteurs et sur l’organisation ?	23
5. L’HOPITAL DE JOUR.....	25
5.1 Présentation du service	25
5.2 L’équipe paramédicale.....	26
5.3 Les missions de l’HDJ	28
5.4 Enregistrer les actes : une rigueur nécessaire.	30
5.5 Difficultés organisationnelles.....	31
6. MON PROJET MANAGERIAL.....	32

SOMMAIRE

6.1	Problématisation de la situation.....	32
6.2	Calendrier des différentes étapes.....	33
6.3	Les chemins cliniques : l'HDJ un maillon essentiel.	34
6.4	Données du Contrôle de Gestion.....	38
6.5	Constat managérial	41
6.6	L'organisation et les acteurs de soins.....	45
7.	PLUSIEURS AXES D' ACTIONS.....	46
7.1	L'axe : ressources humaines	46
7.2	L'axe organisationnel du travail.....	47
7.3	L'axe de formation et le développement des compétences	48
7.4	Les enjeux de l'augmentation d'activité.....	49
7.5	Axe financier et enjeu politique.....	51
	BIBLIOGRAPHIE.....	52

INTRODUCTION

Je suis actuellement Cadre de Santé sur deux spécialités : en hématologie clinique et en Infectiologie au Centre Hospitalier Sud Francilien. Je fonctionne en transversalité sur deux services : un secteur d'hospitalisation conventionnelle et soins intensifs ainsi qu'un hôpital de jour comportant douze lits et places. En fin d'année 2013, le service d'hospitalisation a augmenté sa capacité d'hébergement pour atteindre dans le premier trimestre 2014, un total de dix-neuf lits dont huit lits de soins intensifs dans un secteur à environnement maîtrisé.

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, et la loi HPST¹ (hôpital patient santé et territoire), les établissements publics de santé doivent analyser les résultats financiers et adapter des actions dans le but d'arriver à un équilibre budgétaire. L'offre de soins doit répondre aux besoins de la population du territoire en lien avec la politique de santé. Actuellement l'une des orientations est de développer les prises en charge ambulatoires. L'Agence Régionale de Santé vérifie la bonne utilisation des financements contractuellement engagés auprès des établissements de santé (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens). C'est elle qui contrôle par rapport à un schéma sanitaire la répartition régionale de certaines activités et qui en donne les autorisations comme par exemple pour la cancérologie.

Dans l'étude des projets liée aux activités, une analyse financière est effectuée comportant les recettes potentielles opposées aux dépenses prévisionnelles englobant les charges fixes (ressources humaines) ainsi que les charges variables (matériel, prestations, pharmacie,...).

Le Cadre paramédical doit concilier les exigences institutionnelles avec la réalité du terrain, l'évolution du profil de patients ainsi que celle des professionnels de santé.

¹ Site Légifrance, consulté le 10/12/2013. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**, Art.L.162-12 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

Ce projet managérial a pour but de montrer l'impact de l'extension d'activité d'hospitalisation sur le secteur ambulatoire de manière prospective à un an par une analyse des chiffres d'activité actuelle, les moyens sollicités (ressources humaines), l'organisation médicale et paramédicale ainsi que le fonctionnement du service (amplitude horaire), en prenant en compte le contexte institutionnel de l'hôpital ainsi que la politique de notre territoire de santé et les orientations nationales.

1. – L'ENVIRONNEMENT : ELEMENT ESSENTIEL DANS LE SYSTEME

1.1 L'Ile de France : une des plus grandes régions à l'échelle du monde²

« Avec 12 millions d'habitants, 19 % de la population française métropolitaine, l'Ile-de-France est au rang des plus grandes régions au plan mondial. Particulièrement dynamique, elle représente 31 % du PIB brut métropolitain. Elle est le premier bassin d'emploi européen avec 5,2 millions d'actifs en 2012 ». (*Sources INSEE*)

L'espérance de vie à la naissance est légèrement supérieure en Ile-de-France. En 2009, elle est ainsi de 85 ans pour les femmes, et 79,5 ans pour les hommes contre respectivement 84,3 ans et 77,8 ans en France.

1.2 L'ARS³ d'Ile de France : huit territoires de santé

Depuis 2010, le Directeur Général de l'ARS Île-de-France a défini huit territoires de santé⁴ correspondant aux huit départements de la région : Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val de Marne, et Val d'Oise.

Le principal argument pour ce découpage était qu'il permettrait d'être fonctionnel car il correspondait à un fonctionnement administratif déjà en place. Afin de permettre l'élaboration du projet régional de santé, et un meilleur maillage de gestion des objectifs de Santé portés par l'ARS, un arrêté fût établi par le Directeur de Général qui identifia les huit conférences de territoire⁵.

² Site de l'ARS Ile de France, consulté le 07 avril 2014. <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contexte-regional.81650.0.html>

³ ARS : toujours lire Agence Régionale de Santé.

⁴ Communiqué de Presse, 17 novembre 2010, ARS Ile France. Consulté le 07 avril 2014. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/4_Contexte_Regional/Territoire_Sante/CP_territoires_17.11.10.pdf

⁵ Arrêté 10.646 du 15 novembre 2010, Relatif à la définition des territoires de santé de la Région Ile de France et à la création des conférences de territoires. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/4_Contexte_Regional/Territoire_Sante/ARRETE_10-646.pdf

1.3 Notre conférence de territoire : le département de l'Essonne

L'Essonne possède 1 215 340⁶ habitants. La population est plutôt jeune puisque 34,2% ont moins de 25 ans et 53% entre 25-64 ans. La zone géographique est découpée du Nord au sud par l'autoroute A6 et la nationale N7. La densité de population est plus importante dans la zone nord du département. « Le taux de mortalité tous âges confondus du département est inférieur au taux régional. Toutefois, le taux de mortalité prématurée évitable en Essonne est supérieur à la moyenne régionale. Les femmes de l'Essonne sont plus affectées par le cancer du sein et la morbi-mortalité tant pour les hommes que pour les femmes causée par des affections cardio-vasculaires est supérieure à la moyenne régionale d'Ile-de-France. »⁷

En ce qui concerne la démographie médicale de ville, elle est en tension aussi bien pour les médecins généralistes que les spécialistes. L'ARS a mis en place des actions de rémunération lorsqu'il y a des coopérations de professionnels de la santé afin d'amener ce mode de structures à se développer.

Le projet de notre région de santé précise pour les différentes zones les établissements présents et identifie de manière synthétique les activités qui doivent être assurées comme par exemple « la mise en place de consultations avancées, le développement de la télémédecine, la constitution d'équipes médicales communes et l'optimisation des plateaux techniques.⁸ ». La connaissance de notre environnement, de nos conditions de vie et l'identification des besoins sont des éléments qui conduisent à des actions politiques, des conduites de projets. Il faut regarder tous les aspects qui conduisent les organisations à évoluer, la dimension temporelle en est un important tout comme la culture dans les comportements ainsi dans la sociologie des organisations Mintzberg⁹ parle de « notion de temporalité, ce dit de ce qui est diachronique, ce dit de ce qui s'inscrit dans le temps ».

⁶ Source, INSEE (Institut Nationale de la statistique et des études économiques), consulté le 07 avril 2014, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2010&typgeo=DEP&codegeo=91

⁷ Extrait du PRS (Projet régional de Santé) ARS Ile de France 2010, page 135.

⁸ Extrait du PRS (Projet régional de Santé) ARS Ile de France 2010, page 137.

⁹ Site de M. Henry Mintzberg, Docteur en Management université de Montréal. Consulté le 07 avril 2014. <http://www.mintzberg.org/resume>

2. LES FACTEURS CONTEXTUELS : ELEMENTS DE COMPREHENSION

Cette partie a pour finalité d'expliquer le contexte¹⁰ de ce travail, le contexte de l'entreprise ici l'institution hospitalière dans laquelle je travaille. Je vous donnerai des éléments pour appréhender la dimension culturelle, ainsi que le rôle de chaque acteur dans le déroulement des évènements. Le contexte d'un mot, d'une phrase ou d'un texte inclut les mots qui l'entourent. Le concept de "contexte" issu traditionnellement de l'analyse littéraire est aujourd'hui utilisé dans de nombreuses autres disciplines aussi bien scientifiques que sociologiques ou économiques. Suivant la discipline en question le sens que l'on donne au concept de contexte mérite d'être précisé. J. Nizet et F. Pichaut¹¹ décrivent : « les facteurs contextuels : il s'agit de prendre en considération le type de structure, sa taille, son équipement et aussi l'aspect technologique pour comprendre l'organisation.

2.1 Quelques bases sémantiques

Bail emphytéotique ou emphytéote¹² : contrat, régi par l'article L.451-1 du code rural, aux termes duquel « le bail emphytéotique de biens immeubles confère au preneur un droit réel susceptible d'hypothèque ; ce droit peut être cédé et saisi dans les formes prescrites pour la saisie immobilière. Ce bail doit être consenti pour plus de dix-huit années et ne peut dépasser quatre-vingt-dix-neuf ans ; il ne peut se prolonger par tacite reconduction». Les collectivités publiques peuvent conclure un bail emphytéotique administratif sur leur domaine privé.

¹⁰Site dictionnaire de l'internaute consulté le 10 janvier 2014,

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/contexte/>

¹¹ « La coordination du travail dans les organisations » Edition DUNOD.

¹² Marchés publics et autres contrats, Direction des Affaires Juridiques, Document du 21/08/2012 : http://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/daj/marches_publics/conseil_acheteurs/fiches-techniques/champs-application/MP-et-autres-contrats.pdf

Consulté le 10 janvier 2014.

Le recours à ce type de contrat a également été autorisé par le législateur sur les dépendances du domaine public afin de favoriser le financement privé d'ouvrages publics. Le bail emphytéotique administratif permet ainsi à une collectivité publique de concéder un terrain à un tiers qui pourra y construire un ouvrage, lequel deviendra, à l'issue du bail, propriété de la collectivité.

Impact : ce dit de l'effet produit, des conséquences générées.

Activité : le mot dont il est question dans ce travail a une dimension économique. Ainsi elle « représente une partie de l'activité humaine consacrée à la production et à l'échange de biens et services ¹³ ». Elle est aussi l'ensemble de phénomènes par lesquels se manifestent certaines formes de vie, un processus, un fonctionnement.

Organisation¹⁴ : manière dont quelque chose se trouve structuré, agencé. Cela désigne l'ensemble des stratégies des acteurs, ce qu'ils font, la façon dont ils travaillent et résolvent leurs problèmes. Doit être différenciée de la structure qui n'est qu'un des éléments du contexte de ces acteurs.

Hôpital de jour¹⁵ : « Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. ». « Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

¹³ Site du dictionnaire de langue française le LAROUSSE, consulté le 03 janvier 2014.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/activit%C3%A9/947/locution?q=activit%C3%A9#167547>

Site du dictionnaire de langue française le LAROUSSE : (version en ligne), consulté le 10 février 2014

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421>

¹⁵ Article D6124-301 du code de la Santé Publique, Légifrance, concernant les structures de soins relatives à l'hospitalisation, consulté le 25 novembre 2013

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD8FC7A3E149641B37EEB6FD8A28AA1B.tpdjo06v_2?idArticle=LEGIARTI000006917191&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20120822

En hématologie, des patients ayant des traitements spécifiques bénéficient de ce type de structure dans leur parcours de soins.

Médecine Ambulatoire¹⁶ : « La médecine ambulatoire est un système de santé qui permet de maintenir le patient à domicile tout en le faisant bénéficier d'un ensemble d'actes et de soins comparables, en nombre et en qualité, à ceux qui pourraient être effectués à l'hôpital. Cette approche est aujourd'hui une nécessité, pour répondre à la fois aux souhaits des patients, aux exigences économiques et aux évolutions scientifiques, technologiques et médicales ».

2.2 Une des priorités nationales : le Plan Cancer

Plusieurs plans ont été effectués pour une mobilisation nationale contre le Cancer. Le premier a été mis en place en 2003 jusqu'en 2007 avec la création de l'INCA (Institut national du Cancer). Il comprenait soixante-dix mesures. Parmi les principales : la mise en place d'un dispositif d'annonce en quatre étapes¹⁷, des objectifs concernant la prévention et la santé publique, le développement de la « Recherche », la prise en charge médicale des patients tant au niveau des établissements sanitaires qu'en ville en insistant sur la mise en place de réseaux et de coordinations ville/hôpital.

Le deuxième a été en vigueur de 2009 à 2013. Il ciblait cinq axes principaux : la recherche, l'observatoire, la prévention et le dépistage, les soins avec la mise en place du PPS (plan personnalisé de soins) et la question du « vivre pendant et après le cancer »¹⁸.

Le troisième plan (2014-2017) a été annoncé publiquement par le Monsieur le Président de la République François Hollande le 04 février dernier¹⁹. L'auteur principal est le

¹⁶ Site « Académie des technologies » : Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire. Rapport de la Commission "Technologie et santé". 2008, consulté le 03 janvier 2014.

<http://www.academietechnologies.fr/fr/publication/rid/64/rtitle/rapports/lid//ltitle//rid2/237/r2title/commission-technologie-et-sante.html?archive=1/>

¹⁷ Site de L'Institut National du cancer (INCA), consulté le 10 janvier 2014.

<http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/vos-demarches/droits-des-malades/le-droit-detre-informe/le-dispositif-dannonce>

¹⁸ Site du Plan Cancer, consulté le 05 décembre 2013 : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/5-axes-30-mesures.html>

Professeur Vernant, ancien chef de service de l'hématologie clinique à l'Hôpital Pitié Salpêtrière. Le chef de l'Etat a insisté sur l'importance de l'égalité des soins pour tous les citoyens. Dans les idées principales de ce nouveau plan, il y a également la reconnaissance d'un nouveau métier : l'infirmière clinicienne en cancérologie. « Pour faire face aux besoins nouveaux, notamment en matière de suivi des chimiothérapies orales ou de coordination des parcours. Ces infirmiers cliniciens seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'examens de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques. Le déploiement des premières formations est prévu pour la rentrée universitaire 2016. Ce nouveau métier ne se substitue pas aux spécialisations en cancérologie à partir du métier socle d'infirmier qui feront toujours l'objet de formations, précise le plan »²⁰.

C'est une avancée très importante pour la profession infirmière car cela enclenche un autre niveau de cursus et de champs de compétences. Cela suit certains pays comme la Belgique qui a déjà dans son système de santé des professionnels infirmier avec des niveaux différents. En ce qui concerne le parcours du patient, il est important de préciser que l'acteur central est le patient lui-même ainsi que son entourage. C'est lui qui gère ses rendez-vous divers (kinésithérapie, bilan au laboratoire, planification de l'infirmière au domicile..) le plus souvent avec l'aide de ses proches ceux que nous nommons aujourd'hui « les aidants ». La dimension d'accompagnement du patient après sa maladie est également un élément phare de ce texte c'est le plan personnalisé après cancer.

Ce plan a été globalement bien accueilli par les professionnels qui prennent en charge les patients atteints de pathologies tumorales (établissements sanitaires, institutions de lutte contre le cancer, les réseaux de villes, les fédérations professionnelles). Il permet d'ouvrir des perspectives transposables dans d'autres domaines comme par exemple les réunions pluridisciplinaires effectuées maintenant dans d'autres spécialités médicales.

¹⁹ Article sur l'annonce du 3^{ème} plan cancer par Monsieur F. Hollande, HOSPIMEDIA, daté du 05 février 2014.

http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140204-politique-de-sante-francois-hollande-mobilisera-5?c=0&f=EQ&s=893474147486934579510E6F0BF83A19&u=81022&utm_source=sim&utm_medium=email&utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_content=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_term=

²⁰ Site Infirmier.com, consulté le 04 mars 2014.

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmier-clinicien-reconnu-cancerologie.html>

Un mouvement de prise en charge transversale du patient est mis en valeur par ce texte, l'hôpital n'est plus au centre du parcours de soins mais il est présenté comme l'un des maillons d'une chaîne de professionnels de la santé. La nécessité d'accentuer l'importance de la mise en place d'une coordination entre la ville et l'hôpital.

La notion de parcours de soins comme un chemin borné que suivrait le patient, un itinéraire dans lequel il serait guidé par des professionnels de compétences variées. C'est cela dont il est question aujourd'hui.

La politique de santé doit changer pour s'adapter à la démographie de demain (vieillesse de la population, moins de professionnels de la santé²¹). La coopération est donc un processus d'actions complémentaires effectuées par différentes personnes ayant un objectif commun.

2.3 Un peu d'histoire...

Tout d'abord, deux hôpitaux généraux dans un même département²², le premier à Corbeil- Essonnes existant depuis le XII^{ème} siècle sous forme d'hospice tout d'abord puis dans des locaux neufs en 1985 et le deuxième à Evry ouvrant ses portes en 1982. Chaque établissement a évolué localement en répondant aux besoins sanitaires de la population de proximité et aux nouvelles réformes hospitalières et législatives.

En 1991²³, est mise en place la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), ainsi que l'obligation pour tout établissement d'établir un projet, apparition de la notion de contrat d'objectif et de moyens.

²¹ cf. cours de M. Marchand du 04/10/2014, source des données INSEE 2011.

²² Site du C.H.S.F : http://www.ch-sud-francilien.fr/Portail/sections/connaitre_le_chsf/son_histoire , consulté le 05 novembre 2013

²³ Site Direction de l'Information légale et administrative : promulgation de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, consulté le 05 novembre 2013: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>

En 1995, mise en place du Haut Conseil pour la réforme hospitalière chargé de proposer une nouvelle façon de financer les hôpitaux : « qui substitue notamment au budget global des contrats d'objectifs et de moyens tenant mieux compte de l'activité réelle des établissements hospitaliers ».

En 1996, plusieurs ordonnances sont publiées afin de prévoir la maîtrise des dépenses de soins et la mise en place des agences régionales d'hospitalisation (ARH).

En 1997, installation officielle de l'ANAES²⁴ et par la réforme de M. Juppé, les hôpitaux sont amenés à être réorganisés²⁵. La fusion entre les deux établissements est évoquée. Des échanges entre les élus locaux, les directeurs d'établissement, les équipes médicales sont intenses. Il s'agit de faire une répartition de l'offre de soins au plus proche des besoins de la population. La politique de santé doit être modifiée afin de permettre de faire des économies. Il n'est plus possible de financer deux établissements pour les mêmes activités.

En 1999, est signée, la fusion administrative de l'hôpital Gilles de Corbeil et de l'hôpital Louise Michel d'Evry Courcouronnes ainsi que de tous les sites extérieurs (27 au total) dont l'UCSA²⁶ et le SMPR²⁷ - Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, l'établissement de soins de suite et réadaptation Calmette pour former le Centre Hospitalier Sud Francilien.

Les années suivantes certaines unités de spécialités vont déménagées afin d'être regroupées sur un même site. Ainsi par exemple, les services de diabétologie endocrinologie, la pneumologie, la cardiologie vont être déménagés sur le site de Corbeil. L'hôpital Gilles de Corbeil devient alors le site de référence en médecine générale et spécialités (cardiologie, neurologie, dermatologie, rhumatologie, diabétologie endocrinologie, pneumologie, hématologie clinique). L'hôpital d'Evry devient le site de référence en chirurgie (orthopédie, viscérale, ORL, stomatologie) et prise en charge de maternité et pédiatrie.

²⁴ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

²⁵ Extrait Journal Libération octobre 1997 : <http://www.liberation.fr/societe/1997/10/07/tout-concentrer-est-dangereux-sur-le-plan-humain-et-sanitaire-les-hopitaux-d-evry-et-de-corbeil-appel-218859>, consulté le 06 novembre 2013.

²⁶ Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

²⁷ Service Médico Psychologique Régional

Tous les professionnels de santé de ces deux établissements ont investi leur mission de service public.

En 2002, « présentation en conseil des ministres d'un plan de restructuration du système hospitalier d'ici 2007 qualifié de pacte de modernité pour l'hospitalisation (Plan Hôpital 2007). Le plan comprend notamment la relance de l'investissement comportant le subventionnement de certaines opérations et la prise en charge des intérêts d'emprunts nouveaux...²⁸ ».

Le Conseil d'Administration du CHSF, décide de regrouper l'ensemble des activités sur un seul site et c'est en 2003 que la localisation a été arrêtée sur le site unique « Génopôle- Bras de fer » et ensuite validé par le ministre de la Santé en 2004. L'étude du projet va se poursuivre jusqu'en 2006 où le choix du constructeur va alors être fait et la signature d'un bail emphytéotique avec la société HEVEIL (groupe Eiffage) sera effectuée par Xavier BERTRAND, ministre de la Santé et des Solidarités²⁹. Le partenariat public privé (PPP) est prévu pour 30 ans. En 2007, c'est Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports qui a posé la première pierre³⁰. Ce fut le plus grand chantier hospitalier de France réalisé en PPP sur la période 2006 / 2011³¹.

2.4 Dimension politique et économique actuelle.

Notre établissement est actuellement dans un PREF (plan de retour à l'équilibre financier). Un déficit structurel existe depuis plusieurs années.

En 2012, plusieurs aides financières ont été données par l'ARS pour l'emménagement dans les nouveaux locaux. Depuis 2009, le Directeur Général a changé plusieurs fois, rendant difficile la continuité des orientations et les perspectives pour le personnel de l'hôpital.

²⁸Site vie publique, consulté le 20 novembre 2013: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>

²⁹Site du CHSF : http://www.ch-sud-francilien.fr/sections/nouvel_hopital/les_dates_cles/11_juillet_2006_si

³⁰Site de la FHF (Fédération Hospitalière de France) :

<http://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-actualite.php?id=242>

³¹Site Eiffage Construction : <http://www.eiffageconstruction.com/cms/eiffage-construction/realisations/projets-acheves/chsf.html>

Depuis l'été 2012, un nouveau Directeur est arrivé en impulsant de nouvelles actions en termes de projet ainsi que l'expression d'une confiance dans la potentialité de l'établissement en termes d'activité malgré le contexte politico financier. Un projet d'établissement a vu le jour ainsi que les divers projets qui s'y rapportent comme le projet médical, le projet de soins et actuellement le projet social est en cours d'élaboration.

Les orientations institutionnelles sont en lien avec les priorités nationales impulsées par l'ARS³² explicitées dans le projet régional de santé ainsi que dans le schéma d'organisation des soins (SROS et PRS) d'Ile de France.

Un EPRD³³a été signé avec l'ARS qui nous contraint à des modifications organisationnelles et également à la suppression de plus de cent postes de personnels non médicaux et médicaux confondus dans l'objectif d'un retour à l'équilibre financier. Notre établissement possède un potentiel architectural pour accueillir de nouvelles activités. En novembre 2013, comme ce qu'il était prévu dans le projet médical, installation d'un petscann en médecine nucléaire. Le projet d'ouverture d'un service de radiothérapie est également en étude.

Outre les projets institutionnels, le développement de certaines activités, le contexte de partenariat public privé est très discuté depuis l'emménagement dans les nouveaux locaux. La nouvelle équipe de Direction Générale et l'ARS ont travaillé pendant des mois à la négociation avec Héveil, filiale d'Eiffage Construction afin de mettre fin au bail emphytéotique. Le 17 mars 2014³⁴, le Conseil de surveillance présidé par le Maire d'Evry Monsieur Francis Chouat, a validé le projet de résiliation conventionnelle "pour motif d'intérêt général" des contrats qui lient l'hôpital Sud Francilien à la société Héveil. « Futur propriétaire du bâtiment, le CHSF à qui incombera désormais la dette contractée auprès du consortium bancaire, retrouvera la maîtrise d'ouvrage pleine et entière sur la maintenance-exploitation des lieux au 1er octobre 2015. »³⁵

³² ARS : toujours lire Agence Régionale de Santé

³³ EPRD : toujours lire Equilibre Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

³⁴ Site de l'ARS Ile de France, consulté le 24 mars 2014.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Sortie-du-bail-emphyteotique-h.171294.0.html>

³⁵ Site Le généraliste.fr, consulté le 24 mars 2014.

3. PRESENTATION DE L'HEMATOLOGIE CLINIQUE, SES DIVERSES MISSIONS

3.1 Présentation

L'hématologie clinique est créée en 1986, grâce à un médecin de " médecine interne " qui a investi ses compétences au profit de la prise en charge des pathologies chroniques et tumorales. En 2006, ouverture du service d'hospitalisation conventionnelle composé de 8 lits d'hématologie clinique et 6 d'oncologie médicale.

L'activité d'hématologie ne cesse d'augmenter et la demande de reconnaissance des soins intensifs est validée en 2009 par l'ARS. « Un supplément dénommé "soins intensifs " (STF) pour chaque journée où le patient est pris en charge, ..., soit dans une chambre d'une unité d'hématologie équipée d'un système de traitement et de contrôle de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation.³⁶ ». Les conditions auxquelles doivent répondre les établissements qui procèdent à des greffes d'organes ou à des greffes de cellules hématopoïétiques sont précisées dans le décret de 2007³⁷.

Mise en place d'une collaboration avec d'autres hôpitaux : CHU Henri Mondor pour la cytophérèse et avec le CHU Pitié-Salpêtrière pour les allogreffes.

http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/03/15/entre-le-centre-hospitalier-sud-francilien-et-eiffage-le-divorce-est-officialise_237736

³⁶ Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale : (consulté le 02 mars 2014)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020310296>

³⁷ Décret n°2007-1256 du 21 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de greffes d'organes et aux greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). (Consulté le 02 mars 2014)

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D71A1C9BFCC7500855D68F50CA4B32AF.tpdjo08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000426476&dateTexte=20070824

Plusieurs conventions sont en cours d'élaboration avec des établissements de soins de suite afin de permettre une convalescence en intercure pour les patients qui ont une problématique sociale. Il y a également un travail en collaboration avec l'équipe médicale de gériatrie car le profil de patient aujourd'hui est en corrélation avec notre démographie.

3.2 Type d'activité et divers projets

Nous avons à prendre en charge des patients de plus en plus âgés présentant des comorbidités, il est donc essentiel d'avoir un échange lors des RCP³⁸ avec les médecins gériatres.

L'hématologie clinique dans notre établissement est reconnue compétente pour la prise en charge d'hémopathies « tous types »³⁹. Elle comprend la prise en charge de pathologies tumorales de formes aiguë et chronique ainsi que des pathologies bénignes chroniques comme par exemple la Drépanocytose.

Pour répondre à la prise en charge des patients, il y a deux principaux secteurs : celui de l'hospitalisation complète avec des lits de soins intensifs et celui de l'hôpital de jour. Chaque unité a évolué depuis le début de la création du service d'hospitalisation d'hématologie clinique en 2006. En huit années, le nombre de lits d'hospitalisation a augmenté de 8 à 19 avec en plus la reconnaissance d'une activité de soins intensifs dont la capacité est de 8 lits en secteur protégé.

Le service hôpital de jour n'a pas eu de projet bien spécifique de développement hormis celui lié au projet de construction du nouvel hôpital. Ce fut l'occasion d'étudier l'emplacement du service, la mutualisation avec d'autres spécialités, la gestion des ressources matérielles, humaines et logistiques. Cela a abouti à un hôpital de jour où se côtoient trois spécialités : l'hématologie clinique, l'infectiologie et l'oncologie médicale.

³⁸ RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

³⁹ Cf. annexe 1 : rapport d'activité rédigé par le Dr DEVIDAS, 2011.

Ainsi depuis 2012, ce service évolue par la contrainte d'une file active grandissante et demandeuse d'actes ambulatoires de plus en plus fréquents. Discrètement, « sans faire parler de lui », ce secteur d'hôpital de jour, accueille aujourd'hui en moyenne 20 patients par jour pour la partie hématologie/infectiologie. La capacité d'accueil est passée de 7 lits et places en 2005 à 12 lits et places en 2012.

L'activité d'infectiologie est une spécialité qui a débuté dans les années 80 au commencement du SIDA. Le Dr Devidas s'intéresse alors à cette nouvelle pathologie et décide de prendre en charge les patients séropositifs. Une collaboration avec les gynécologues et les pédiatres voit le jour pour s'occuper des femmes enceintes atteintes par le VIH. Depuis ces années, l'investissement médical a continué jusqu'à la présentation d'un projet de maladies infectieuses et tropicales⁴⁰ mené par le Dr Devidas. La Direction l'a validé et a donc fait le recrutement d'une praticienne infectiologue depuis janvier 2013. Depuis lors, l'infectiologie possède sa propre unité fonctionnelle de consultations, et à moyen terme il est prévu l'ouverture de lits d'hospitalisation. La file active en infectiologie est d'environ 600 patients fin 2013. Le suivi des patients est assuré pour une partie en hôpital de jour pour ce qui concerne les bilans annuels des patients séropositifs ainsi que les divers protocoles d'études (cohorte de dosage de certains antirétroviraux).

Les patients d'hématologie ont deux modes d'entrée principaux⁴¹ :

- 85 % des patients d'hématologie arrivent par un circuit programmé (sur rendez-vous plus ou moins urgent) adressé par un professionnel extérieur (médecin généraliste de ville par exemple) qui a pris contact avec un hématologue.
- 15 % des patients viennent par les Urgences soit de notre établissement soit par transfert d'autres établissements sanitaires environnants.

⁴⁰ Cf. annexe 2 : projet d'infectiologie datant de 2012 et rédigé par le Dr DEVIDAS.

⁴¹ Cf. Annexe 3 : Différents parcours pour la prise en charge des patients : l'HDJ une étape centrale

4. L'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ET SOINS INTENSIFS,

4.1 Présentation de l'équipe et spécificités du service

L'équipe médicale est composée d'un praticien hospitalier hématologue pour chacun des secteurs ainsi que d'un praticien attaché. Au niveau soignant, les infirmiers(ères) sont au nombre de 16 ETP (Equivalent Temps plein) et de 12 ETP aides-soignantes dont deux en poste aménagé qui ont la fonction de secrétaire hospitalière.

Aujourd'hui, le service possède deux unités fonctionnelles distinctes : l'une correspondant à l'hospitalisation conventionnelle et l'autre aux soins intensifs. Les soignants sont polyvalents et vont dans les deux secteurs. Ce fonctionnement exige au niveau de l'encadrement la mise en place d'un temps de formation initial. Ainsi les nouveaux infirmiers(ères) recrutés dans le service ont une période d'un mois pour acquérir les bases de connaissance qui permettront la prise en charge spécifique des patients et la gestion des soins. Une procédure de tutorat des nouveaux arrivants élaborée en équipe est en cours de validation. Elle permettra de suivre le nouveau professionnel et de faire un point avec lui à la fin de la période de doublage. En ce qui concerne les aides-soignants, ils sont doublés pendant une semaine.

Dans une journée de travail l'infirmier(ère) doit savoir planifier et organiser trois types d'actions de soins. Il est important de bien les identifier. En premier lieu, les soins programmés représentent l'ensemble des actes qui sont connus avec de l'anticipation. C'est par exemple tous les soins sur prescription connus en début de journée et donc planifiables (les traitements de chimiothérapie, les ponctions lombaires thérapeutiques, les divers traitements...). Puis interviennent les soins « semi programmés » : ce sont les actes prescrits en lien avec les résultats des explorations complémentaires (imagerie médicale...) et/ou des bilans biologiques du jour. C'est le cas pour les transfusions car ils dépendent des résultats quotidiens.

D'autres soins sont faits de manière aléatoire comme les poses de voies veineuses profondes faites par les réanimateurs dans le service par exemple. Et enfin, peuvent apparaître les soins « urgents », ce sont tous les actes non attendus liés à des complications des patients. Ils vont générer une immobilisation de un ou plusieurs soignants comme par exemple les états septiques, hémorragiques, etc...

L'unité fonctionnelle des soins intensifs permet de prendre en charge les patients atteints de Leucémie aigüe ou toute autre pathologie qui engendre une aplasie longue. Après cette phase que l'on appelle d'induction qui est donc gérée en hospitalisation, les patients sont amenés lorsqu'ils sont en rémission à fréquenter l'hôpital de jour pour leur suivi et notamment pour avoir un support transfusionnel et un bilan d'évaluation incluant diverses explorations.

4.2 Une organisation récente...

L'équipe soignante travaille sur une amplitude horaire de douze heures depuis l'emménagement dans le nouvel hôpital. Les infirmières sont quatre le jour et deux la nuit pour les dix-neufs patients dont les huit lits de soins intensifs. Les aides-soignantes sont trois le jour et une la nuit.

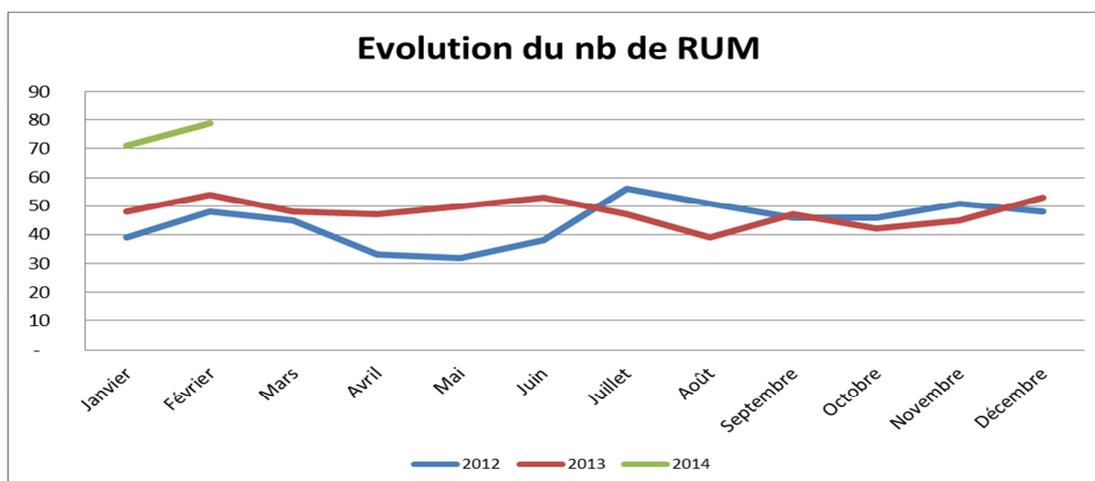
Les agents font des périodes de nuit et des périodes de jour selon leur choix. Un nombre de nuits à effectuer est donné en début d'année puis ce sont les personnels qui les planifient selon leurs préférences personnelles. L'objectif à respecter est que l'effectif quotidien soit au complet. Ce fonctionnement qui engendre un changement d'horaires permet aux agents de connaître les deux facettes de la vie d'un service et notamment les missions du soignant de jour et celles du soignant de nuit. Le constat est fait de l'existence d'une collaboration plutôt bienveillante entre les équipes de jour et celles de nuit. Outre les soins, il existe de nombreuses tâches plutôt logistiques qui sont faites par les soignants lorsqu'ils sont de nuit (commandes de pharmacie, de dispositifs médicaux, de matériel hôtelier, faire les divers rangements...). Après une période de nuit, les agents ont une semaine de repos avant de revenir de jour.

4.3 Evolution chiffrée du service

En février 2012, emménagement dans les nouveaux locaux avec 14 lits dont 6 lits de soins intensifs. De mi-novembre 2013 jusqu'à mi-février 2014, passage à 11 lits d'hématologie conventionnelle. Les chiffres d'activité doivent tenir compte des périodes de fermeture des lits afin de faire l'interprétation la plus juste des tableaux d'activité. Nous pouvons constater par les schémas ci-dessous que les chiffres d'activité sont tendanciellement en augmentation.

Nombre de RUM⁴² unité fonctionnelle d'hospitalisation conventionnelle.

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Nb RUM	2012	39	48	45	33	32	38	56	51	46	46	51	48
	2013	48	54	48	47	50	53	47	39	47	42	45	53
	2014	71	79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



La mesure de l'activité d'un service est basée sur différentes données récapitulatives dont le nombre de RUM⁴³ c'est-à-dire au nombre de sorties de patients.

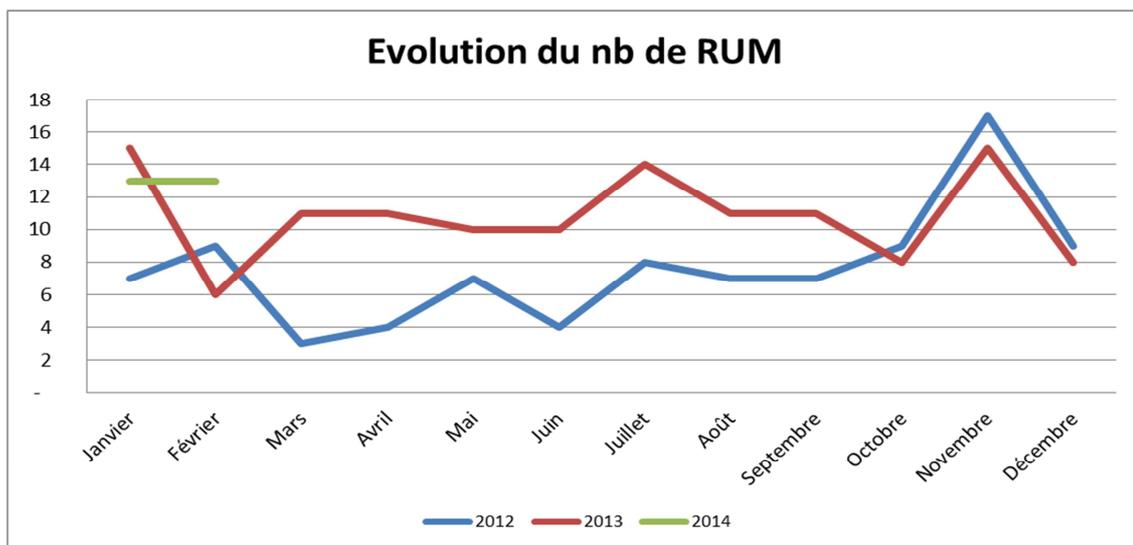
⁴² RUM : Résumé d'Unité Médicale

⁴³ Résumé d'Unité médicale, Site de société française d'hématologie : « guide de bonnes pratiques pour le codage e héματο-oncologie », consulté le 18 avril 2014. http://www.hematologie.net/hematolo/UserFiles/File/PDF/RUM%20en%20hemato_oncologie.pdf

En effet, un résumé est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale assurant des soins de courte durée, quel que soit le mode de sortie de cette unité. Le RUM contient un nombre limité d'informations d'ordre administratif et médical, qui doivent être systématiquement renseignées et codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, afin de bénéficier d'un traitement automatisé.

Nombre de RUM sur l'unité fonctionnelle des soins intensifs

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Nb RUM	2012	7	9	3	4	7	4	8	7	7	9	17	9	91
	2013	15	6	11	11	10	10	14	11	11	8	15	8	130
	2014	13	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26



De manière assez évidente ces tableaux montrent qu'il y a une activité à peu près stable sur l'année 2013 et une nette augmentation des RUM en fin d'année 2013 et une croissance sur les deux premiers mois de 2014. Le nombre de lits étant plus important, la file active de nouveaux patients va mécaniquement suivre la même tendance. Cela va donc impacter le secteur ambulatoire.

En 2013, grâce au département de l'information médicale, nous pouvons dire qu'il y a 96 nouveaux patients pour des premières cures de traitements pour 8 lits d'hospitalisation conventionnelle.

Si l'on prend cette année en référence pour faire une hypothèse prospective, on peut dire que 3 lits supplémentaires pourraient générer l'accueil de 36 patients en plus soit un total de 132 nouveaux patients (96 +36) pour l'année 2014.

Le chef de service a travaillé sur un projet de territorialité⁴⁴ car c'est un enjeu majeur pour le développement de la spécialité dans notre établissement. La mise en place de consultations avancées dans d'autres établissements du secteur ainsi que la création de coopération avec des institutions médico-sociales.

Notre établissement est dans une démarche de développement de certaines activités spécifiques pour répondre aux orientations du plan régional de santé. De plus, il doit mettre en place des services performants générateurs de recettes ou tout du moins d'équilibre financier.

4.4 Le projet d'extension de l'hospitalisation et Soins Intensifs

Le déménagement dans le nouvel établissement était prévu en 2011, l'hématologie hospitalisation comportait alors 14 lits dont 6 de soins intensifs. Les nouveaux locaux permettraient d'accueillir 19 patients dont 8 dans le secteur de soins intensifs à environnement maîtrisé. Ainsi en 2011 un document avait été rédigé par l'encadrement paramédical sur les différents points à préparer pour ce projet au niveau logistique, matériel et en termes de ressources humaines⁴⁵.

L'extension d'activité a été réalisée progressivement de novembre 2013 à février 2014, par l'ouverture de trois lits supplémentaires dans le secteur conventionnel. Puis pour des

⁴⁴cf. Annexe 4 : Extrait projet de territorialité, 2013 rédigé par le Dr DEVIDAS.

⁴⁵ cf. Annexe 5 : Projet d'extension du service d'hospitalisation d'hématologie clinique.

raisons d'effectifs au niveau médical et paramédical, les deux lits de soins intensifs n'ont ouvert que mi-février 2014.

Les perspectives pour cette année ont été étudiées avec le contrôle de gestion et la direction. Des dépenses ont été engagées pour le recrutement de personnel supplémentaire.

Tableau récapitulatif des objectifs pour les deux secteurs.

NOM UF	Nbre de RUM	NB LITS	Taux d'occupation (TO)	IPDMS	DMS calculée	journées facturées	journées théoriques	nb jours d'ouverture	PMCT	RECETTES T2A	
6480 - HEMATO HC	573	8	83,80%	0,92	4,49	2 574	3 073	365	3209	1 838 757	
OBJECTIF 2014	760	11	85,00%	0,92	4,49	3 413	4 015	365	3209	2 437 925	
Ecart :	187	Cet objectif d'activité représente près de : 63 patients par mois									599 168
	33%	A noter 79 patients en février 2014									33%
L'augmentation d'activité résulte uniquement de l'augmentation du nombre de lits pour avoir un taux d'occupation cible de 85%											
6481 - SI HEMATO	130	6	86,70%	1,04	14,6	1 898	2 190	365	17091	2 221 830	
OBJECTIF 2014	170	8	85,00%	1	14,04	2 382	2 802	365	17091	2 899 579	
Ecart :	40	Cet objectif d'activité représente près de : 14 patients par mois									677 749
	31%	A noter 13 patients en février 2014									31%

La partie supérieure du tableau concerne le secteur d'hospitalisation conventionnelle : il s'agit de viser une activité augmentée de 33% par rapport à l'année 2013. Dans la partie inférieure cela représente l'activité du secteur soins intensifs, et la cible pour 2014 est de faire une croissance de 31% par rapport à 2013. Nous pouvons constater un taux d'occupation des lits équivalent pour les deux secteurs. L'IPDMS est une donnée qui permet de comparer avec les établissements au niveau national, c'est « l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) basé sur la durée de moyenne des séjours (DMS), il permet d'approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant leur durées moyennes de séjours. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux. »⁴⁶

⁴⁶ Extrait du PLFSS (projet de loi de finances de la sécurité sociale) 2014, consulté le 1^{er} mai 2014. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14_annexe1_pqe_maladie_indicateur4_11.pdf

Le PMCT est une donnée qui signifie, Poids Moyen du Cas Traité, « Avant la tarification à l'activité*, le poids moyen du cas traité (PMCT) fournissait une image de la « lourdeur » des hospitalisations ». ⁴⁷Ce dernier paramètre est donc logiquement plus important pour les soins intensifs d'hématologie comme nous pouvons le constater ci-dessus.

Actuellement les données chiffrées sont recueillies grâce à l'amélioration du système d'information plus performant en terme d'outils mais cela nécessite d'investir des professionnels dans ce domaine. Le budget d'un établissement hospitalier repose exclusivement sur la qualité des saisies des données d'activité qui génèrent ensuite un paiement par l'assurance maladie ; cette dernière effectue de en plus de contrôles pour vérifier que les actes saisis ne sont pas abusifs et correspondent à des situations adaptées, des inspections sont faites en contrôlant les dossiers des patients.

Depuis quelques mois, un contrôleur de gestion est référent du pôle pour faire le suivi des chiffres d'activité et analyser les données avec les médecins responsables des unités fonctionnelles et les cadres. Cela engendre des échanges constructifs sur les fonctionnements et les explications de certaines tendances. Les acteurs du soin sont écoutés sur des difficultés parfois identifiées.

La tarification à l'activité est un enjeu majeur, à tous les échelons la prise de conscience existe. Il faut donc concilier la contrainte de la productivité, au besoin de bien-être au travail afin d'éviter les troubles psychosociaux. Ainsi, la réalisation de ce projet d'extension a été une opportunité managériale car cela a permis de mobiliser tous les acteurs du service, chacun ayant son rôle à jouer dans la préparation, la construction et la perception de la qualité du résultat.

Lorsqu'une orientation professionnelle est commune et que les énergies sont mobilisées dans le même sens, la réflexion permet d'avoir une influence positive sur la finalité. L'accompagnement est donc essentiel et productif.

⁴⁷Site de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), Glossaire : définition. <http://www.atih.sante.fr/glossaire>, consulté le 1^{er} mai 2014.

4.5 Quels sont les effets de l'extension d'activité sur les acteurs et sur l'organisation ?

L'ouverture de lits supplémentaires a généré de l'inquiétude de manière générale pour les soignants (infirmier(ère), et aides-soignants) et les médecins. Ces dernières années, le profil de patient a changé, il est de plus en plus compliqué (personnes âgées, comorbidités) générant des hospitalisations longues et des retours au domicile souvent remis en question. C'est pourquoi, un besoin régulier de places dans des institutions de convalescence est constaté, mais la disponibilité des lits dans ce type de structure reste problématique. Des conventions sont en cours de signature pour rendre plus fluide le parcours de nos patients. La plupart de ces établissements n'assurent pas les actes transfusionnels ce qui est parfois la cause de refus d'admission.

Nous devons donc programmer les patients qui y sont transférés dans l'un de nos secteurs en cas de besoin et particulièrement en hôpital de jour. Il est important de souligner que toute personne ayant une maladie hématologique aura plusieurs transfusions de produits sanguins labiles.

De nombreuses familles souhaiteraient accueillir leur proche malade à leur domicile mais très souvent les passages de professionnels ne sont pas suffisants pour privilégier le retour dans leur habitation. Les aides ménagères sont possibles dans certains cas, et en ce qui concerne les acteurs de santé, cela nécessite la prescription de médicaments ou d'examens de laboratoire alors que le besoin concerne très souvent un soutien présentiel pour le quotidien (les repas, la gestion du linge, de l'entretien), et selon les jours, une aide pour les soins d'hygiène. Les organismes d'aide à la personne sont en cours de développement mais cela dépend du lieu d'habitation. Certaines zones sont peu pourvues de moyens.

Nous avons dans le département deux réseaux de soins de support et soins palliatifs et plusieurs prestataires d'intervention au domicile mais cela reste restrictif aux actes sur prescriptions.

Cependant, certains organismes de prestation commencent à prendre en charge des patients qui nécessitent d'avoir du matériel médical comme par exemple, un lit médicalisé et des soins de nursing ; ils suivent la personne dans l'évolution de la maladie et s'adaptent aux besoins grâce à leur expertise. Il est aujourd'hui indispensable de réfléchir au devenir des personnes que nous suivons même si cette notion a toujours fait partie de la globalité de prise en charge. Il faut du temps pour que cela s'organise grâce à un nombre plus important de lits, nous pouvons donner le temps nécessaire au patient et à ses proches.

Un staff médico-infirmier est fait de manière hebdomadaire pour chaque secteur. Tous les professionnels paramédicaux (infirmiers(ères), aides-soignants, l'assistante sociale, la psychologue, le kinésithérapeute, la diététicienne) et le médecin responsable du secteur y assistent. Ce moment permet à tous les intervenants d'avoir les mêmes informations médicales concernant les patients, les échanges sont productifs et permettent la verbalisation de certains questionnements ou de problématiques en lien avec des accompagnements qui peuvent générer du stress ou de la tristesse. Ces réunions sont aussi l'occasion de partager un moment de convivialité, source de solidarité et d'esprit d'équipe car cela éveille l'écoute des professionnels entre eux et la prise en compte de leur expertise qu'ils peuvent ainsi partager.

Outre l'inquiétude qui aujourd'hui s'atténue, la motivation des agents est présente. L'équipe a connaissance des enjeux en termes d'activité et de qualité de prise en charge des patients.

Notre établissement est actuellement dans la préparation d'une deuxième visite des experts visiteurs de l'HAS pour finaliser la visite V2010. Les échanges entre les médecins et les soignants sont nombreux et permettent la verbalisation de certaines situations professionnelles qui pourraient générer des inquiétudes. Dans la théorie des organisations, Mintzberg souligne l'importance de la communication comme une « formalisation, un partage des compétences, un travail d'équipe en développant les relations interpersonnelles qui ne sont plus strictement verticales. Processus qui entraîne le début de la prise en compte de l'individu et l'apparition des compétences »(...)

« ...association du personnel aux démarches Qualité, l'autonomie accrue de décision au niveau de l'atelier, la reconnaissance des qualifications et savoir-faire... »⁴⁸.

C'est dans cette perspective de changement que nous avons réfléchi en équipe sur l'organisation du travail et donc des soins.

Ainsi les bilans sanguins sont prélevés en fin de nuit par les infirmiers de nuit. Cela a permis aux médecins d'avoir les résultats plus tôt le matin et donc de pouvoir valider les prescriptions de chimiothérapie ou de transfusion également plus tôt. Les actes longs sont donc débutés plus rapidement. Cela permet au patient de rentrer chez lui dans des délais appréciables et pour nous de pouvoir accueillir d'autres patients rapidement. Périodiquement, plusieurs patients suivis en hématologie étaient hébergés dans d'autres secteurs de l'hôpital car nous n'avions pas les moyens de les prendre dans notre service. Depuis l'extension des lits, ce type de situation ne s'est quasiment plus produit.

En ce qui concerne l'encadrement paramédical, je suis en transversalité sur les services d'hospitalisation et l'hôpital de jour depuis 2007. Pourquoi ce choix de fonctionnement ? Les patients d'hématologie sont amenés pour la plupart d'entre eux à côtoyer les deux services à des moments différents de leur maladie. Il est essentiel que le parcours du patient soit le plus fluide possible. C'est une manière de décloisonner le chemin clinique en mettant du lien vis-à-vis des équipes qui observent donc une mobilité et un suivi sans barrières. Cela génère un mouvement d'horizontalité dans le management et une cohésion dans la communication interservices.

5. L'HOPITAL DE JOUR

5.1 Présentation du service

Le Service comprend au total 24 lits et places répartis comme suit : 12 lits et places pour l'hématologie clinique et l'infectiologie et 12 lits et places pour l'oncologie médicale.

⁴⁸ J. F NIZET et F. PICHULT, « LA COORDINATION DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS », Edition DUNOD, P 41

L'accueil des patients commence de 8h30 jusqu'à 18h du lundi au vendredi (hors jours fériés).

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent de dispenser l'ensemble des soins hospitaliers sur une seule journée ou, par séquence sous forme de séances de soins, sur un ou plusieurs jours de la semaine. Il peut s'agir d'examens, de surveillance médicale »⁴⁹.

Un règlement intérieur⁵⁰ a été rédigé pour respecter les exigences réglementaires afin de formaliser le fonctionnement du service et ses missions.

Nous avons une équipe pluri professionnelle, les médecins hématologues, les experts en soins de support (avis diététique, psychologue, équipe mobile de soins palliatifs spécialistes dans la prise en charge de la douleur par exemple...) et l'équipe soignante.

5.2 L'équipe paramédicale

En hôpital de jour hématologie et infectiologie, l'équipe paramédicale est composée de 9.3 ETP (équivalent temps plein) IDE et 5 ETP AS dont 1 en poste aménagée faisant fonction de secrétaire hospitalière et 1 à mi-temps thérapeutique.

Jusqu'en août 2012, les effectifs soignants pour les unités ambulatoires étaient normés, la réglementation précisait un ratio qui correspondait à un infirmier(ère) pour cinq patients présents⁵¹. Depuis Août 2012, un nouveau décret modifie certaines conditions, je cite : « 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

⁴⁹ Site de l'Assurance Maladie, Améli.fr, consulté le 18 avril 2014. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-allez-etre-hospitalise/quels-types-de-sejour-a-l-hopital.php>

⁵⁰ Cf. annexe 6 : Règlement intérieur de l'Hôpital de Jour.

⁵¹ Site Légifrance : Section 3 : Structures de soins alternatives à l'hospitalisation ; Article D6124-301. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190821&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080701>

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.⁵² ».

Les infirmières sont polyvalentes, elles ont acquis depuis 2007 une mobilité afin d'acquérir les compétences nécessaires aux trois spécialités médicales (hématologie, infectiologie, oncologie). Elles changent de secteur à peu près toutes les deux semaines. Elles assurent les prises en charge programmées, semi programmées (les transfusions de culots globulaires ou bien les concentrés plaquettaires) ainsi que les urgences.

Les aides-soignantes ont également de multiples compétences pour prendre en charge les patients. Ce sont elles qui accueillent et installent les malades. Elles ont aussi un rôle primordial dans la logistique, la coordination des soins et des explorations dont va bénéficier le malade. Elles prennent les divers rendez-vous nécessaires (imagerie, ponctions sternales, différents avis spécialisés) dans l'organisation d'une journée d'hôpital de jour. Nous avons un travail important de récupération des dossiers médicaux pour que les médecins aient tous les éléments en leur possession ; c'est la mission principale de la secrétaire hospitalière. Cette dernière va gérer les dossiers ainsi que les inscriptions dans le bon code d'activité (séance, hôpital de jour, consultation, ..).

Répartition de présence des effectifs quotidiens en hématologie clinique et infectiologie.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
4 IDE	4 IDE	4 IDE	4 IDE	4 IDE
1 AS	1 AS	1 AS	1 AS	1 AS

Les aides-soignantes et les infirmières ont des horaires échelonnés : horaires d'ouverture (de 8h30 à 16h), horaires de journée (de 9h30 à 17h) et un horaire de fermeture (de 10h30 à 18h). La secrétaire hospitalière est présente tous les jours de 8h30 à 16h.

⁵² Site LEGIFRANCE : Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>

5.3 Les missions de l'HDJ

Ses missions sont : de fournir une prise en charge médicale multidisciplinaire, de procéder aux explorations spécifiques à l'identification du diagnostic, effectuer les bilans d'évaluation des traitements de chimiothérapie, de faciliter le suivi en contraignant le moins possible le patient à être hospitalisé. C'est une demande actuelle des usagers qui souhaitent au maximum être à leur domicile.

Les patients sont programmés dans le service pour la prise en charge des traitements qui ne nécessitent pas d'hospitalisation ou bien pour bénéficier de plusieurs explorations en une journée (c'est le cas pour les bilans pré greffes). Lorsqu'un patient suivi présente une complication, il peut contacter directement le service. Un accueil sera organisé en urgence pour qu'il soit vu par un médecin hématologue. Une orientation adaptée sera donnée soit par un retour au domicile avec un traitement symptomatique, soit par une hospitalisation. Nous devons garantir la prise en charge des complications des patients en cours de traitement : Art. D. 6124-132 du décret du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer « Il assure de la même façon le traitement des complications et des situations d'urgence. »

Les médecins collaborent donc avec la société d'hospitalisation au domicile (HAD), pour les patients autonomes et en bon état général, car elle peut procéder aux administrations des traitements de chimiothérapie. Plusieurs types de cytostatiques s'injectent par voie sous cutanée, la première cure se déroule en hôpital de jour, puis les suivantes au domicile dans la mesure du possible. La société d'HAD a en moyenne trente-cinq patients d'hématologie en charge quotidiennement. Cette activité disparaît donc de l'activité journalière de l'hôpital de jour, cela permet de libérer de la place pour d'autres malades.

En infectiologie, nous organisons également les bilans de suivi pour les patients séropositifs et notamment les femmes enceintes qui sont sous antirétroviraux. Elles sont vues tous les mois par le médecin infectiologue en collaboration étroite avec les gynécologues. Une psychologue et une assistante sociale sont référentes et peuvent être sollicitées en cas de besoin.

Grâce à ce suivi rapproché, la quasi-totalité des nouveaux nés naissent séronégatifs. Une convention a été signée avec l'association AIDES et des actions d'information ou de prévention comme le Quick-test sont organisées dans l'établissement à des dates importantes comme la journée mondiale du SIDA.

L'HDJ possède donc plusieurs spécificités médicales, une diversité d'actes y est pratiquée pour répondre de manière adaptée aux usagers. La pluridisciplinarité est présente et collaborent car l'objectif commun est bien identifié : celui de répondre de manière efficace au besoin des malades et de leur famille. Une attention particulière est portée aux accompagnateurs, aux visiteurs de nos patients nommées ou non comme personne de confiance.

La dimension relationnelle est vaste et exige de la disponibilité des acteurs de soins pour le mieux-être de la personne qui va avoir un long chemin dans nos secteurs. De nombreuses questions surviennent principalement lorsque des effets désagréables apparaissent. Les coordonnées du médecin référent ainsi que celles du secteur sont données avec le livret d'accueil de notre service. Les appels téléphoniques sont fréquents et les usagers peuvent exprimer leurs inquiétudes ou demander des conseils concernant la conduite à tenir pour répondre à un problème précis. Les médecins de ville sont également des interlocuteurs réguliers des hématologues. Ils sont contactés dans le cadre d'une mise en place de réseau au domicile (soins de support, soins palliatifs) ou tout autre prestataire de soins comme par exemple pour la continuité d'une antibiothérapie au domicile.

Actuellement, nous n'avons pas de personne dédiée pour la coordination des acteurs de soins autour du patient. Chaque infirmier (ère) gère au cas par cas avec les proches et/ou la famille, l'aide de l'assistante sociale, des médecins et des cadres de proximité les situations qui requièrent l'organisation de moyens pour le retour au domicile.

L'hôpital de jour est donc un lieu où se côtoient la maladie tumorale, la maladie chronique, les situations de détresse et de continuité dans un environnement contraint où règne la collaboration d'équipe et l'implication de tous les professionnels.

La dimension humaine est essentielle et permet de modeler une organisation selon les exigences venant de l'extérieur.

Dans le contexte politique et économique que nous vivons, il est primordial d'objectiver l'activité par des chiffres, il faut donc tracer le bon acte avec le bon code pour avoir ensuite les moyens financiers qui reflètent le plus possible la réalité de la charge de travail.

5.4 Enregistrer les actes : une rigueur nécessaire.

« Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité ⁵³ ». À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ⁵⁴.

Le patient est pris en charge pour des explorations nécessaires à l'identification du diagnostic, pour la consultation infirmière d'annonce, pour l'administration des traitements (chimiothérapie, actes transfusionnels). , ainsi que pour le suivi de protocoles particuliers. Une partie des actes est donc financée par la tarification à l'activité : c'est le cas pour ce que l'on appelle les séances ou bien l'hôpital de jour qui doit comprendre trois actes « plateau technique » pour pouvoir être validé comme tel par l'Assurance Maladie.

Certains actes sont parfois annulés et cela engendre une modification de l'enregistrement de l'activité en consultation externe et certains soins notés en AMI⁵⁵. Ces démarches concernent la caisse des soins externes pour la facturation au patient.

⁵³ Site Légifrance. Extrait des [articles L. 6113-7](#) et [L. 6113-8](#) du code de la santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690710>

⁵⁴ Site de l'ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, consulté le 18 avril 2014. <http://www.atih.sante.fr/mco/presentation>.

⁵⁵ AMI : Acte Médico Infirmier

Il existe une circulaire frontière : « les prises en charge de moins d'une journée correspondent à des soins qui relèvent en principe de l'activité externe, mais peuvent donner lieu à facturation (ou valorisation dans les établissements ex DG), sous certaines conditions. Il s'agit, par conséquent, d'actes à la frontière des soins externes et de l'hospitalisation »⁵⁶.

L'hôpital de jour est un lieu de transition entre le domicile et l'hospitalisation. Il offre la possibilité de voir les malades avec facilité, et ceux-ci se sentent suivis et rassurés car ils sont tout de même encadrés par les professionnels du soin.

5.5 Difficultés organisationnelles

La multiplicité des actes à faire par les infirmières rend difficile l'organisation. Les traitements sont de différentes durées, parfois elles doivent se rendre disponible car un hématologue va pratiquer un geste qui nécessite d'être assisté (ponction lombaire thérapeutique, biopsie ostéoméduillaire,..).

Deux facteurs importants vont influencer l'organisation de la journée : la pharmacie et la livraison des produits sanguins labiles. Les produits de chimiothérapie sont fabriqués dans une unité de préparation de cytotoxiques dans un local extérieur à l'hôpital. Trois fois dans la journée, un transport est prévu pour livrer les produits dans le service. Les traitements sont tracés de la prescription jusqu'à l'administration grâce à un logiciel qui fait le lien entre les médecins, les pharmaciens et les infirmiers(ères). Parfois, les patients doivent attendre un produit qui n'a pas été livré, cela génère de l'attente et de l'impatience. Il est impossible ensuite de prendre un autre patient sur la même place.

La logistique a une incidence directe sur l'activité et la durée de présence du patient en hôpital de jour. Plusieurs fois par mois l'hôpital de jour ferme le soir avec retard et les soignants font du temps supplémentaire.

⁵⁶ Extrait : « Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé ». Consulté le 18 avril 2014.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise_en_charge_de_moins_d_une_journee-2.pdf

Le deuxième facteur qui génère le même type de situation est la livraison tardive de produits sanguins labiles. L'EFS (Etablissement français du sang) a quelquefois des manques sur certaines catégories de produits comme par exemple concernant les concentrés plaquettaires, ils sont dans l'obligation de proposer des mélanges plaquettaires pour palier à cela.

Ces problématiques ont des conséquences sur l'organisation des soins de la journée, sur la qualité de prise en charge des patients ainsi que sur l'activité (nombre de passages).

6. MON PROJET MANAGERIAL

6.1 Problématisation de la situation

L'activité d'hospitalisation d'hématologie clinique a attiré l'attention de nos Directions pour plusieurs raisons. Tout d'abord, dans le bassin de population il existe un réel besoin, il faut donc compléter l'offre de soins au niveau du territoire de santé.

De plus, c'est une spécialité qui est bien valorisée en termes de tarification à l'activité, et les soins intensifs apportent une source de recettes. L'augmentation de la capacité des lits était prévue depuis l'emménagement dans les nouveaux locaux mais cela a été reporté pour des raisons d'organisation médicale ainsi que paramédicale (attente de recrutements). Depuis le début d'année 2013, je suis régulièrement sollicitée par les équipes soignantes de l'Hôpital de jour car elles n'arrivent pas à planifier tous les patients dans les délais demandés par les hématologues.

Nous devons donc en concertation avec les médecins répartir les patients différemment dans la mesure des possibilités (délais à respecter). Certains jours sont plus surchargés que d'autres, cela nous permet de trouver des solutions mais pour combien de temps ? Le problème de gestion de la quantité de patients en hôpital de jour se posait avant même l'extension des lits d'hospitalisation. Comment l'activité va-t-elle évoluer ? Combien de patients en plus ? Quels acteurs vont être mobilisés ?

Quels sont les chemins cliniques qui comprennent les actes en hôpital de jour ? Quelles actions va-t-on pouvoir mettre en place ? Quels sont les indicateurs qui permettront d'évaluer ?

Une lettre de mission⁵⁷ de ma hiérarchie m'a été confiée afin de mener à bien cette étude en sollicitant les personnes ressources de notre établissement.

6.2 Calendrier des différentes étapes

J'ai donc élaboré une note de cadrage⁵⁸ comprenant les éléments de base de ce travail. J'ai ensuite réfléchi à des échéances pour organiser les rencontres avec mes collaborateurs l'équipe médicale, l'équipe soignante, le contrôleur de gestion ainsi que mes collègues de l'encadrement.

Les différents moments sont représentés sur un diagramme de Gant⁵⁹. J'ai rencontré plusieurs fois le contrôleur de gestion qui est référent de mon pôle. J'ai vu avec lui les indicateurs d'activité en essayant de les analyser.

En équipe, nous avons fait une sorte de cartographie des soins effectués dans le service, certains sont reconnus par la tarification à l'activité et d'autres comme les bilans sanguins protocoles de recherche clinique, les consultations infirmières, les saignées, ne sont pas aussi clairement financées. En conclusion, une multitude de soins sont assurés par les infirmiers(ères) la traçabilité exhaustive est d'autant plus difficile d'une part et d'autre part, il est constaté un éparpillement dans le travail au quotidien du fait de cette multiplicité.

⁵⁷ Cf. annexe 7 : lettre de mission de la Coordination de soins

⁵⁸ Cf. annexe 8 : note de cadrage

⁵⁹ Cf. Annexe 9 : diagramme de Gant

6.3 Les chemins cliniques : l'HDJ un maillon essentiel.

Les patients d'hématologie arrivent soit par le biais d'une orientation par leur médecin traitant avec un courrier et un premier bilan. L'hôpital de jour se positionne alors en début de chaîne. Si le patient arrive par les urgences, cela engendre une potentielle hospitalisation dans le service conventionnel et l'hôpital de jour sera un lieu de poursuite de la prise en charge et donc plutôt dans une position d'aval.

Par conséquent, quel que soit le mode d'entrée du patient, l'hôpital de jour est un secteur par lequel le patient est pris en charge dans l'une des étapes de chemin thérapeutique. J'ai identifié avec l'aide de l'équipe, six parcours de patient⁶⁰.

Parcours 1 : concerne les patients qui viennent pour la première fois en Hôpital de jour pour une consultation médicale ainsi que les diverses explorations qui vont permettre le diagnostic de la maladie. Le patient bénéficie de tous les examens nécessaires en une journée. Il fait connaissance avec son médecin référent qui lui explique les premières étapes, c'est lui qui le suivra tout au long de son parcours. Les résultats sont ensuite récupérés par l'hématologue. Le dossier est ensuite présenté en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire composée de médecins hématologues, radiologues, cytologistes, gériatres,..) pour décider du traitement. Le médecin hématologue référent du patient recontacte le patient pour lui dire ce qui a été décidé. Une programmation est alors organisée dans le service d'hospitalisation pour l'administration du premier traitement car il existe un risque de réaction allergique ou d'intolérance. Si cela se passe bien, la suite est faite en hôpital de jour ; si non, cela sera poursuivi en hospitalisation.

Parcours 2 : le patient est toujours adressé par un médecin extérieur qui a contacté par courrier ou par téléphone en envoyant des éléments biologiques préalables. Le patient qui ne présente pas d'urgence vient en consultation, et bénéficie uniquement d'un suivi en consultation régulièrement en lien avec le médecin traitant.

⁶⁰ Cf. Annexes 10 : schéma des différents parcours pour la prise en charge des patients d'hématologie clinique.

Parcours 3, concerne le parcours du patient adressé par un médecin extérieur et dont la prise en charge se fait exclusivement en hôpital de jour (administration des traitements et gestion des effets secondaires). Certaines pathologies ne nécessitent pas d'hospitalisation conventionnelle. La dimension ambulatoire va donc être privilégiée.

Parcours 4 : représente la gestion des urgences pour les patients en cours de suivi thérapeutique pendant les heures ouvrables de l'hôpital de jour. Un patient qui présente des complications (fièvre, altération de l'état générale, douleur, ..) peut prendre contact directement avec son médecin référent ou bien l'accueil de l'HDJ. En dehors de ces horaires il y a 24h/24h une astreinte assurée par un hématologue. Le patient qui se présente aux urgences le soir, les samedis, dimanches et jours fériés sera vu par un médecin urgentiste qui contactera l'hématologue d'astreinte pour avis et potentielle hospitalisation dans le service si nécessaire.

Parcours 5 : représente le parcours du patient en collaboration avec la société d'hospitalisation à domicile (H.A.D). Certains traitements comme les chimiothérapies sous cutanées par exemple, sont effectués dans un cadre hospitalier pour l'initiation puis pris en charge par l'hospitalisation à domicile avec laquelle nous collaborons de plus en plus car ils ont la possibilité de préparer des médicaments cytostatiques.

Parcours 6 : concerne les patients qui sont adressés directement dans le service d'hospitalisation ou bien en soins intensifs. Après la phase aiguë, et lorsque les patients retournent au domicile ils sont revus en HDJ pour le suivi, les supports transfusionnels, ou bien pour des explorations, pour les bilans pré autogreffes, ou bien dans le cas de complications.

En retraçant les trajets potentiels des patients, nous avons mis en évidence que le fonctionnement de l'hôpital de jour allait devoir s'adapter et mettre en place de nouvelles organisations. Les médecins avaient une connaissance plus précise de ces chemins cliniques contrairement aux infirmières qui ont une vision plus segmentée de leur travail. En effet, les hématologues sont répartis sur les différents secteurs mais ils sont amenés à travailler dans tous les services lors des périodes de congés. Lorsqu'ils sont d'astreinte, ils doivent être présents en hospitalisation conventionnelle et soins intensifs pour faire les prescriptions du weekend.

Par conséquent en étant en transversalité, ils ont un regard plus global sur le parcours des patients qu'ils ont en charge. Ils ont également des informations assez précises sur la file active de patients, et des chiffres d'activité. Le chef de service communique régulièrement sur les projets institutionnels et les tableaux émis par le contrôle de gestion.

Tous les jours, les actes effectués aux malades doivent être enregistrés informatiquement afin de générer le financement par le biais de la tarification à l'activité. Ces données chiffrées sont essentielles pour justifier des besoins humains et matériels. Outre les saisies liées au codage, le cadre supérieur doit justifier du besoin en termes d'effectif paramédical et c'est la raison pour laquelle nous avons fait un relevé des actes pratiqués par les infirmiers(ères). Si nous ne tenons compte que des soins tarifés T2A comme les séances (acte transfusionnel ou chimiothérapie) ou les hôpitaux de jour (bilan d'évaluation, traitements onéreux,) la moyenne est de 15 par jour. Par contre, si nous regardons les soins qui sont réellement pratiqués au quotidien, le nombre de patients augmente et reflète un peu mieux la réalité du travail infirmier.

C'est la raison pour laquelle, je tiens compte de l'activité quotidienne en nombre de passages. Un passage définit le fait qu'un patient se présente en hôpital de jour pour bénéficier d'un ou plusieurs actes de soins. Quelquefois les patients qui arrivent en HDJ ne vont pas avoir ce pourquoi ils ont été convoqué. Ainsi, certains traitements sont annulés remettant donc en question le codage initial au tarif « HDJ », les actes effectués sont donc enregistrés en « soins externes ». Leur venue va donc être enregistrée comme une consultation en y ajoutant plus ou moins sous forme d'AMI, le bilan sanguin et/ou un pansement de cathéter. Par conséquent, nous ne pouvons pas garantir de manière catégorique que les personnes convoquées vont avoir ce qui était préalablement fixé. C'est la raison pour laquelle, nous avons fait un tableau récapitulatif des actes de soins habituels ainsi que le nombre de passages (patients accueillis par mois en hôpital de jour).

Les infirmiers(ères) font également les consultations complémentaires à l'annonce mais la traçabilité est difficilement récupérable car elle n'est pas informatisée. Une plage horaire est prévue du lundi au vendredi de 15h à 18h de préférence sur rendez-vous.

Dans la mesure du possible, c'est l'infirmier(ère) qui a fait l'entretien qui prendra en charge le patient lors de sa venue pour son premier traitement.

Récapitulatif et répartition des actes de soin.

	nov-13	déc-13	janv-14	févr-14
nombre de jours	19	21	23	20
1ère fois hémato	35	26	27	20
BILANS	279	307	345	298
Chimiothérapie	167	187	225	205
TRANSFUSIONS	64	68	89	81
IMMUNO FER	7	10	10	10
SAIGNEE	8	10	21	17
AEROSOLS	15	15	19	20
TOTAL soins/mois	575	623	736	651
moy soins/jour	30	30	32	33
Actes de consult/m	47	21	32	21
INFECTIEUX HDJ	47	40	41	32
SEANCES	218	251	308	284
HDJ	84	71	93	76
Total actes T2A/m	349	362	442	392
Moy acte T2A /j	18	17	19	20
total passages/mois	396	383	474	413
moy passages/jour	21	18	21	21

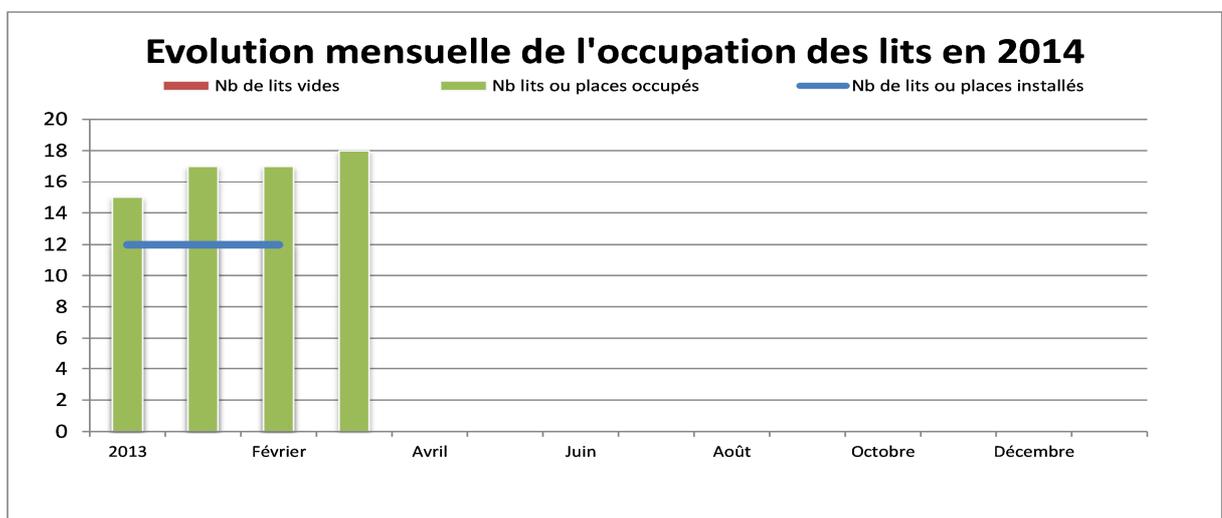
Sur les deux derniers mois de 2013 ainsi que sur les deux premiers mois de 2014, nous pouvons observer une légère augmentation d'activité de manière tendancielle au niveau du nombre d'actes de soins par mois, ainsi que sur le nombre d'actes T2A. Si nous regardons le nombre de transfusions, sur novembre et décembre 2013 : 66 en moyenne alors qu'en janvier et février 2014 : 85 en moyenne par mois. J'ai choisi de vous montrer les chiffres à partir de la période d'ouverture des lits du service d'hospitalisation conventionnelle c'est-à-dire ; novembre 2013 qui montrent bien l'impact de l'extension de l'hospitalisation sur le secteur ambulatoire. Comment comprendre certaines données de ce tableau ?

Les "1ères fois" : cela représente les personnes qui viennent en HDJ pour la première fois afin de bénéficier de certaines explorations à des fins diagnostics. Elles sont donc examinées par les hématologues.

Ce sont des patients pour la plupart, qui sont adressés par leurs médecins traitants. Afin d'être réactif par rapport au tableau clinique que présente le patient et répondre rapidement à la sollicitation d'un médecin de ville, les hématologues font venir les personnes en HDJ. Les examens complémentaires sont négociés avec les radiologues ou les cytologistes en cas de biopsie ganglionnaire par exemple. Deux ou trois jours plus tard, les résultats sont récupérés, le dossier est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pendant laquelle un plan personnalisé de soins va être décidé. Le patient est ensuite contacté par le médecin pour une consultation d'annonce du diagnostic et la suite du parcours.

Selon le type de protocole de traitements, la prise en charge sera faite de manière ambulatoire avec des venues régulières en HDJ ou bien dans le secteur hospitalisation. Dans une majorité des cas, la première cure nécessite un hébergement de deux ou trois jours afin de surveiller les effets secondaires potentiels. Si l'administration thérapeutique se passe bien, les cures suivantes se feront en HDJ. Cela correspond au parcours 1 que je vous ai présenté précédemment. Comme vous pouvez le constater les saignées sont gérées en HDJ mais sont enregistrées dans les soins externes pour être dans le respect des normes de l'assurance maladie.

6.4 Données du Contrôle de Gestion



La ligne bleue correspond au nombre de lits et places actuelles (12 pour le secteur d'hématologie et infectiologie). Nous pouvons dire que sur le début de l'année 2014, l'activité est supérieure à la capacité d'accueil du secteur. L'objectif est de permettre la planification de traitements courts l'après-midi. Cette possibilité reste pour l'instant limitée mais va s'accroître au fil du temps par nécessité car le nombre de patients augmente. Architecturalement, il n'y a pas d'opportunité pour étendre le nombre de places. Il faut donc trouver un moyen de faire du « turn over » de patients au niveau des fauteuils et des lits.

Cependant pour que ce fonctionnement soit plus performant, il faut la présence d'un médecin hématologue dans le service l'après-midi alors qu'ils sont le plus souvent en consultations externes. Ces dernières sont importantes pour avoir de nouveaux patients car la majorité d'entre eux sont adressés par leur médecin traitant. C'est la raison pour laquelle, l'hématologie clinique est une spécialité procédant à un grand nombre de consultations externes. Elles ont lieu dans un service dédié qui rassemble les consultations de toutes les spécialités médicales et chirurgicales de l'établissement. Pour la partie médecine, des aides-soignantes font l'accueil des patients, il n'y a pas d'infirmiers(ères).

Lorsque des patients nécessitent d'un soin, les hématologues sollicitent l'équipe de l'hôpital de jour, l'inscription est faite en soins externes mais n'apparaît pas dans l'activité du service. C'est la raison pour laquelle, je trace la venue des patients en nombre de passages.

Récapitulatif du nombre de consultations externes spécialisées en hématologie.

Mois	2013												Total 2013	2014		Total 2014
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2		
HEMATOLOGIE CONSULTATION	416	484	387	423	382	361	305	188	364	317	323	277	4 227	348	154	502

Le nombre moyen de consultations par jour est de 17 sur l'année 2013. Dans le contexte budgétaire que nous vivons une évaluation prospective de l'activité a été étudiée avec la Direction des finances.

Les responsables du pôle ont rencontré chaque chef de service afin d'estimer la faisabilité par rapport aux moyens réels : la présence médicale (prévision des absences, congés maternités par exemple), et l'organisation du travail (nombre de plages de consultations). Les délais d'attente pour les consultations de suivi sont longs : environ deux mois. La Direction s'est engagée auprès de l'ARS sur un taux d'activité croissant pour 2014 en analysant les chiffres des différents pôles.

Objectif cible d'activité pour l'HDJ infectiologie et hématologie clinique pour 2014.

NOM UF	Nbre de RUM	NB LITS	Taux d'occupation (TO)	IPDMS	DMS calculée	journées facturées	journées théoriques	nb jours d'ouverture	PMCT	RECETTES T2A
Infectiologie HDJ	169								552	93 288
HEMATO HJ	1 175								598	702 650
SEANCES HEMATC	2 369								500	1 184 500
HJ + SEANCES	3 713	12	123,30%			3 713	3 012	251	533	1 980 438
OBJECTIF 2014	4 066	12	135,00%			4 066	3 012	251	533	2 168 828
Ecart :	353		Cet objectif d'activité représente près de : 339 patients par mois							188 390
	10%		A noter un taux d'occupation de 138% en janv avec 336 patients							10%

Nous pouvons constater par le tableau précédent que l'activité doit augmenter dans tous les services. Ainsi des moyens ont été donnés pour répondre à la qualité de prise en charge des patients en hospitalisation conventionnelle et soins intensifs : recrutement de personnel soignant et médical, achat de matériel et travail sur l'organisation des soins et la logistique.

En hôpital de jour, l'activité est importante et nécessite une réflexion sur la répartition des soins dans la journée en fonction des possibilités logistiques, de l'environnement du service et de la gestion du travail par les infirmiers(ères). Ces éléments font partie des facteurs de contingence d'une organisation dont H.Mintzberg a identifié dans ses diverses analyses sur la coordination du travail : « certains facteurs caractérisent l'organisation elle-même, d'autres sont environnement... »⁶¹.

⁶¹ J. F. NIZET et F. PICHULT « LA COORDINATION DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS ». Edition DUNOD.

Ces facteurs sont de nature diverse et il est intéressant de se concentrer sur cet aspect de l'organisation car cela permet de repérer les zones flexibles (paramètres de conception), de celles qui sont rigides et par conséquent non modifiables. « Un paramètre de conception constitue un composant d'une organisation qu'il est possible de modeler ou de faire varier. Un paramètre de conception se distingue d'une caractéristique qui peut être un élément imposé par l'environnement (par exemple l'absence de mobilité des implantations comme dans le cas des établissements de santé). Les paramètres de conception constituent les items à considérer lorsqu'il convient de fabriquer une nouvelle organisation. »⁶²

Dans un premier temps, j'ai donc identifié les points sur lesquels nous pouvons avoir une action. L'objectif étant de générer une meilleure cohésion de travail et par conséquent une majoration de l'activité codifiée T2A.

6.5 Constat managérial

Les infirmiers (ères) ont des factions de 7h30, réparties sur toute la journée pour répondre à l'amplitude horaire d'ouverture du service :

1^{ère} : 8h30 - 16h (ouverture)

2^{ème} : 9h – 16h30 (journée)

3^{ème} 9h30 – 17h.

4^{ème} 10h30 – 18h (fermeture)

Les patients arrivent dès l'ouverture, ils sont vus par les médecins qui vont valider la prescription des traitements ou des actes transfusionnels. Le dépôt de sang se trouve juste à côté du service, il contacte le service dès que les produits sont arrivés et ce sont les aides-soignants(es) qui vont les chercher ou bien les infirmiers(ères). Tous les jours, une quinzaine de patients en moyenne doivent être prélevés (en hématologie et en infectiologie).

⁶² J.P.DUMOND, « *Organisation de santé, la grande transformation* », théorie de l'action collective, 2012.2013. pages28-30.

L'infirmier(ère) d'ouverture commence donc à prélever les bilans, puis la collègue qui arrive à 9h, fait la même chose car certains examens doivent être envoyés à des laboratoires extérieurs de l'établissement. Dans le même temps, les patients continus d'arriver avec parfois les transports sanitaires. Les soignants sont donc très sollicités. Lorsque l'infirmier(ère) de fermeture arrive, une répartition des patients est effectuée par rapport aux traitements qu'ils vont avoir afin d'équilibrer la charge de travail.

Régulièrement l'équipe m'interpellait pour me dire que la charge de travail était trop importante. Les soignantes avaient l'impression de faire des prises en charges entrecoupées par les nombreuses sollicitations téléphoniques notamment (confirmation des explorations des patients, les appels à la pharmacie, ceux provenant du laboratoire), les interpellations des médecins, des patients, des familles ou des accompagnants. Une frustration sur l'aspect relationnel et l'impression d'être uniquement dans la technique des soins est verbalisée.

Les infirmiers (ères) restent régulièrement après leur temps de faction pour faire leurs transmissions écrites et le remplissage des documents nécessaires à la traçabilité et à la continuité de la prise en charge des patients comme par exemple les fiches de liaison pour les institutions de soins de suite.

Au cours des réunions que j'ai organisé, l'équipe a soulevé la difficulté de gérer les rajouts de patients sur un planning de semaine déjà plein. Il est vrai que de nombreux malades ont chaque semaine une numération de contrôle en ville, celle-ci est faxée au secrétariat. Selon le résultat, une convocation est organisée dans les plus brefs délais. Ces événements impondérables doivent être gérés et sont difficiles à appréhender. Cela représente un aspect imprévisible mais si nous concentrons nos efforts pour une meilleure gestion des actes programmés, cela permettra peut-être de répondre plus facilement à ces imprévus.

La première réunion a permis l'expression de manière désordonnée des points à améliorer. L'équipe a bien conscience que le nombre de personnels est aujourd'hui remis en questions et que seul l'augmentation d'activité permettrait de sauvegarder le nombre d'ETP (équivalent temps plein) dans le service d'HDJ.

J'ai posé trois questions à la fin de la réunion : l'augmentation de l'amplitude horaire de l'HDJ servirait-elle à prendre plus de passages l'après-midi ? Trouvent-elles la durée de faction actuelle adaptée à l'organisation de la prise en charge des patients ? Seraient-elles prêtes à changer leurs horaires de faction pour des amplitudes de 10h ? Les médecins du secteur étaient présents et ont été mobilisés pour réfléchir à la planification des patients. En effet, ce sont souvent eux qui font faire des ajouts supplémentaires sans forcément tenir compte de la charge en soins et du délai nécessaire entre le patient du matin et celui du début d'après-midi.

Actuellement, les hématologues sont présents le matin jusqu'à 14h ce qui favorise la venue de personnes ayant des traitements courts en début d'après-midi. Passé ce délai, ils vont faire leurs consultations externes et ne peuvent pas être dans le service de manière continue. Le chef de service est très à l'écoute de ces constats et participe à l'amélioration des organisations. Ainsi, mes questions ont suscité l'intérêt des infirmiers(ères) et les réponses ont été variées mais incomplètes. Comme dans toute assemblée, certaines personnalités ont rapidement exprimé leur position et d'autres sont restées silencieuses. J'ai décidé de faire un petit questionnaire qui reprenait les points énoncés lors de la réunion pour avoir les avis sans retenue des agents.

P. Zarifian⁶³ dit que « le pilotage économique des performances, par les acteurs directement concernés, est un puissant moyen de mettre en question et de faire évoluer les compétences professionnelles, de stimuler la créativité dont nous avons parlé, de sortir du cadre du travail que l'on exécute pour se demander pour qui (et avec qui) et selon quels critères d'appréciation l'on travaille. Par les problèmes auxquels les personnes se confrontent (problèmes de coût, délai, qualité, flexibilité...) et les solutions qu'elles doivent rechercher dans le cadre de la situation productive où elles agissent, l'appropriation de ce pilotage économique apparaît comme un enjeu capital. A défaut d'être approprié, il sera subi... ».

⁶³ P. ZARIFIAN, « *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle* », Edition PUF, octobre 1998, page 23.

Ce questionnaire composé de questions fermées était donc premièrement pour recueillir de manière exhaustive les avis, mais également pour générer de la communication et une réelle prise en compte de l'individu au travail. Or, pour que les actions menées puissent perdurer dans le temps, il est essentiel que l'équipe se sente impliquée dans ce progrès.

Questionnaire

question	IDE HDJ	TOTAL OUI	TOTAL NON
1	Trouvez-vous que l'activité d'hématologie a augmenté depuis février 2012 ?	9	0
2	Combien de patients avez-vous en charge en moyenne au quotidien en hématologie	5 à 8 patients /jr	
3	Trouvez-vous que l'organisation du service soit optimale	0	9
4	Pensez-vous que l'amplitude horaire de l'HDJ soit suffisante et adaptée pour l'accueil des patients	7	2
5	Seriez-vous prêt à changer vos horaires de travail	8	1
6	Seriez-vous prêt à travailler sur des factions de 10h par jour	6	3
7	Trouvez-vous que le temps actuel de faction soit adapté à la prise en charge des patients	5	4

Les neuf infirmières présentes ont répondu, la dixième étant absente car en congés maternité. Globalement, les réponses montrent une certaine cohésion d'équipe. Toutes les infirmières trouvent que l'organisation du service n'est pas optimale.

Les avis ne sont pas tellement partagés, à part sur le temps de faction actuel où l'équipe est clairement divisée en deux. Une légère majorité pensant qu'il est adapté à la prise en charge des patients.

Les réponses aux questions 5 et 6 sont intéressantes car plus de la moitié de l'équipe serait prête à changer les horaires de travail et six sur neuf à travailler en factions de dix heures.

Ce sondage a permis de voir comment se positionnent les infirmières et de remarquer qu'une certaine adhésion au changement était visible. Je n'ai eu aucune résistance pour le remplissage de ce questionnaire, qui je dois le dire, a très vite été rempli.

6.6 L'organisation et les acteurs de soins.

L'organisation formelle et l'organisation réelle coexistent mais si l'on s'appuie sur la théorie de Michael Hammer et Steven Stanton⁶⁴, « l'organisation réelle ne peut pas être modifiée par le simple fait de redessiner les organigrammes et les processus. La réalité des acteurs doit être privilégiée par rapport à une priorité donnée aux structures peu porteuse de changement. Cette modification relève plus de l'inertie active que d'une action de changement(...) Le changement par le jeu sur les attitudes : il serait naïf de penser qu'adapter l'organisation au client se limite à modifier les attitudes des agents en contact direct avec ce dernier. En effet, ces agents ne sont qu'un maillon de l'organisation dans sa complexité et ne peuvent donc pas en l'état être porteur d'informations non diffusées ou non précisées. »

Les organisations reposent sur différents aspects qui se complètent pour réaliser les objectifs ciblés. Il faut donc prendre en compte selon J.P Dumond⁶⁵ les dimensions : fonctionnelle, politique et culturelle. Les aspects politiques et fonctionnels ayant déjà été évoqués dans les chapitres précédents, je développerai ici l'aspect culturel de l'organisation de l'HDJ. « La culture est à la fois un moyen d'interprétation du monde, mais aussi façonnant notre manière de penser, elle est aussi ce que nous sommes, une construction identitaire. Elle est aussi l'esprit qui traverse un espace sociale de manière flottante, incisive et décisive. »

L'équipe médicale est très investie dans le suivi de leur patient. La notion de médecin référent est respectée à la lettre.

⁶⁴ F.DUPUY, « *Sociologie du changement* », , DUNOD 2004, Michael Hammer et Steven Stanton : « *How process enterprises really work* », Harvard business review, novembre-décembre 1999, p108-118.

⁶⁵ J.P DUMOND, « *Organisations de Santé, la grande transformation* », support de cours M2 MOS, 2012/2013, page 89.

Une réunion médicale existait déjà bien avant le plan cancer 2007 qui imposait alors la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires.

Les hématologues sont sollicités directement par les professionnels de ville, les patients eux-mêmes ou leurs proches, ainsi que par les autres médecins de l'établissement. C'est d'ailleurs à cause de cette proximité revendiquée par les hématologues que la consultation infirmière d'annonce a du mal à trouver sa place malgré la mise en place : de documents guide pour la consultation d'annonce, de fiches de liaison médicale, d'une organisation paramédicale adaptée en mettant tous les jours une infirmière disponible pour la consultation complémentaire à l'annonce.

La valeur « travail » est impulsée par toute l'équipe médicale. Le contact et la communication sont importants avec l'équipe paramédicale, par le biais de réunions hebdomadaires pour échanger sur les situations de certains patients. Il existe une réelle facilité de collaborer dès que les actions sont bien identifiées ainsi que les objectifs. L'équipe soignante est donc dans cette dynamique de coopération et de volonté de vouloir faire le maximum, principalement certaines soignantes (AS ou IDE) plus anciennes et qui ont vécu l'évolution de la spécialité.

7. PLUSIEURS AXES D' ACTIONS

7.1 L'axe : ressources humaines

Suite à l'analyse des réponses, j'ai échangé avec la Cadre supérieure du pôle qui m'a proposé de faire une simulation de fonctionnement avec la cohabitation des deux horaires de factions. Celles qui le souhaiteraient passeraient en dix heures et celles qui ne le souhaitent pas resteraient en sept heures trente. L'effectif théorique actuel ne permettant pas le passage de toute l'équipe en faction de dix heures. Un essai pourrait être effectué sur une période déterminée et ensuite réévaluer afin que cela soit validé par les instances (comité d'hygiène et de sécurité au travail).

Ce changement de fonctionnement planning serait donc la formalisation d'une réorganisation des ressources humaines au niveau infirmier. En ce qui concerne les aides-soignants (es), elles sont demandeuses de passer à un fonctionnement en dix heures mais l'effectif actuel ne le permet pas. Il s'agit de proposer des solutions à partir des moyens existants car aucun recrutement supplémentaire ne sera accordé tant que notre établissement se trouvera dans un contexte de maîtrise des dépenses.

Je dois rediscuter avec l'équipe quant à la faisabilité d'un planning avec des horaires de factions différents. Ce scénario ne reposera que sur la base du volontariat et la validation par la Direction des soins de cette démarche innovante dans le service. Une évaluation devra être programmée après une période prédéfinie. La faction de travail plus longue serait plus adaptée à la gestion des traitements longs qui obligent fréquemment les infirmiers(ères) à rester un temps supplémentaire par jour. De plus, dans l'état actuel du temps de travail, une infirmière reste seule entre 17h et 18h alors qu'il reste encore des patients dans le service, cela sécuriserait la fin des prises en charge.

7.2 L'axe organisationnel du travail

Parmi les suggestions d'actions, les infirmières ont proposé de répartir les soins différemment. Un éparpillement des tâches existait car les infirmières se répartissaient les patients par rapport au type de traitement et pas par rapport à leur place ou chambre. Toutes les infirmières étaient donc amenées à gérer des soins courts et des soins plus longs.

Depuis le mois d'avril, une sectorisation a été mise en place pour la gestion des patients qui viennent en HDJ pour de multiples explorations. L'infirmière d'ouverture s'occupe exclusivement de ces patients, elle débute les bilans sanguins, et coordonne l'enchaînement des examens complémentaires. Elle va suivre le patient dans son parcours, vérifier que le brancardage est bien dans les délais. C'est donc elle, qui va faire tous les prélèvements protocolaires ou non ainsi que le suivi des femmes enceintes. En début d'après-midi, elle va préparer le chariot de prélèvements pour les patients du lendemain, et récupérer les résultats faxés de certaines personnes du lendemain. Parfois si les numérations sont

correctes, elle va le signaler au médecin et les personnes seront décalées de quelques jours. Elle procédera aux appels téléphoniques nécessaires.

Cette mise en place est appréciée par tous les collaborateurs : les médecins savent à qui s'adresser s'ils veulent une information par rapport à un bilan, le laboratoire a également une seule interlocutrice, cela facilite donc les transmissions d'informations. Les collègues infirmières qui arrivent à partir de 9h, vont se concentrer sur la gestion des patients arrivés pour des traitements plus longs. Je n'ai pas encore les chiffres d'activité par le contrôle de gestion des mois de mars et avril 2014 mais le nombre de patients n'a pas diminué.

Le fait d'avoir défini ce poste de travail infirmier « gestion des bilans » ajoute de la clarté dans les tâches de chaque infirmière. Elles sont donc concentrées sur les patients qui sont dans les chambres et l'enchaînement des actes est mieux fait, ce qui génère par conséquent moins d'attente. Les soignantes tournent dans tous les secteurs (oncologie médicale, hématologie, infectiologie), elles changent de spécialité à peu près toutes les deux semaines. Elles n'ont donc pas encore toutes essayé cette nouvelle organisation mais cela paraît prometteur.

Pour l'instant la pharmacie est externalisée et cela ne permet pas d'envisager un fonctionnement différent quant à la livraison des produits préparés. Lorsque l'unité de préparation des cytotoxiques sera sur site, l'amplitude de délivrance des chimiothérapies pourra peut-être changer afin d'administrer plus de traitements l'après-midi.

7.3 L'axe de formation et le développement des compétences

Les agents bénéficient d'une formation par an. Nous profitons des congrès professionnels car cela engendre des rencontres et des échanges interprofessionnels riches. Des médecins infectiologues ainsi que les hématologues sont volontaires pour faire des interventions dans le service sur la physiopathologie et l'actualité thérapeutique. Il serait souhaitable d'organiser des temps d'échange avec les partenaires de ville qui prennent le relais de la prise en charge des patients que nous suivons.

Le 3^{ème} plan cancer impose la mise en place d'infirmière clinicienne qui serait référente dans la coordination du parcours de soins. L'idée est donc de faire le lien entre l'hôpital et les acteurs extérieurs mais pour l'instant l'aspect opérationnel de cette recommandation reste en suspens. Le financement n'étant pas encore précisé. Une formation d'infirmière coordinatrice existe depuis le début d'année 2014. Il est souhaitable de former donc les professionnels de soins à cette démarche et à ce nouveau métier.

Parmi les axes de formations nécessaires, nous avons identifié l'éducation thérapeutique. Les personnes qui souffrent de maladie chronique comme le VIH ont besoin de conseil de suivi pour une meilleure observance des traitements. En hématologie clinique, nous souhaitons mettre en place un suivi téléphonique après traitement de chimiothérapie. Ces appels sont déjà mis en place dans d'autres établissements (hôpital de Toulouse) et le bénéfice pour le patient est démontré.

Toute l'équipe médico-soignante adhère au projet et cela commencera à l'automne 2014. La dynamique de projet individuel et collectif est essentielle à l'évolution d'un service ou d'une spécialité. La multiplicité des actes, par rapport aux spécialités médicales alimente l'évolution quasi permanente des professionnels. Ils doivent régulièrement s'adapter au type de traitement (différents protocoles, nouveautés) et aux profils différents des patients. Ces compétences acquises sont la source de la qualité de prise en charge de la personne malade et de son entourage.

7.4 Les enjeux de l'augmentation d'activité.

Il est important d'identifier les enjeux que pose l'augmentation d'activité car ils sont à prendre en compte dans les orientations futures. Actuellement, les conditions de travail sont modifiées du fait de l'objectif institutionnel de retour à l'équilibre financier. Les personnels paramédicaux et médicaux ont une perception du travail et les modifications doivent être accompagnées avec une qualité managériale. Le risque étant que les personnels se sentent manipulés et peu considérés. En intensifiant le rythme des actes et en contraignant les professionnels à l'efficacité permanente, des risques existent.

L'épuisement professionnel est l'un de ces risques. Les objectifs prospectifs d'activité sont posés pour l'année 2014, mais quels seront-ils pour 2015 et 2016 ? Dans le livre sur la coordination des organisations, la notion d'horizontalité est fréquemment évoquée car elle reflète la possibilité d'échanges et donc de construction grâce à une communication accessible. Elle donne du sens. « Nous pourrions alors considérer que tout projet de nouvelle organisation définit une nouvelle offre de rôles (des rôles nouveaux ou modifiés) et réfléchir à la façon dont les individus vont pouvoir se situer par rapport à cette offre de rôles. Parler à ce propos de « dynamique identitaire globale » d'un acteur au travail, c'est se demander comment va se faire la rencontre entre cette offre de rôle portée par un scénario d'organisation et les attentes identitaires portées par les individus. »⁶⁶. Le travail est fait avec implication et compétence lorsque les professionnels se sentent en cohésion avec l'organisation. Ceci a donc un effet direct sur la qualité.

Un deuxième enjeu est la continuité de la qualité des soins et de la prise en charge des usagers. Aujourd'hui, la qualité est mesurée par de nombreux indicateurs, l'existence de procédures, leur mise à jour, et surtout la maîtrise de celles-ci par les acteurs du soin. Il est important de respecter les règles de bonnes pratiques et de suivre l'évolution des modes opératoires et des recommandations des instances référentes comme la Haute Autorité de Santé. Mais devant une charge importante, comment assurer la continuité de la rigueur ? Les organisations doivent être pensées pour être en adéquation avec la qualité. L'un des indicateurs de suivi étant la satisfaction des usagers.

L'enjeu majeur est la satisfaction des personnes qui viennent pour une prise en charge de leur pathologie dans nos services ainsi que leurs proches. La société a évolué les patients ont des critères d'exigence et n'hésitent pas à se plaindre en cas de mécontentement. De plus en plus de journaux font des classements sur les établissements sanitaires, et sur internet des sites dédiés aux usagers permettent de saisir des appréciations.

L'analyse des projets nous amène à réfléchir à toutes ces dimensions.

⁶⁶ Site de l'ANACT (Agence Nationale d'amélioration des conditions de travail), « Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail », J.C SARDAS, page 14, <http://www.gestiondesages.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/1442354.PDF>

7.5 Axe financier et enjeu politique

Cet aspect est difficile à développer car les données sont peu nombreuses et peu accessibles. Sur l'année 2013, l'hématologie clinique est une spécialité qui a généré des recettes pour l'établissement.

Le montant total pour tous les secteurs confondus est de 6 134 313 €. Je ne peux pas confronter les chiffres de dépenses car je n'ai pas les données. L'objectif pour l'année 2014, représente un montant total de 7 506 332 € soit un écart de 1 372 019 € à générer en plus ce qui correspond à + 24%.

L'établissement a développé les orientations contenues dans le projet médical, mais l'augmentation des lits d'hématologie possède un enjeu politique fort. En effet, nous sommes actuellement dans une époque où les établissements ont plutôt tendance à fermer des lits d'hospitalisation afin d'accroître les activités ambulatoires. Dans le projet d'hématologie, c'est l'effet inverse. L'extension d'activité d'hospitalisation génère secondairement une croissance de l'activité ambulatoire.

CONCLUSION

Avant de commencer cette formidable année, j'étais convaincue que pour développer des compétences managériales, il fallait d'abord avoir un potentiel de connaissances théoriques supplémentaires et actualisées : ce que Xavier Marchand appelle « les savoirs formalisés ». Les niveaux de formations évoluent et permettent d'apporter une plus-value dans la gestion des équipes. Ce travail m'a permis de montrer que lorsqu'une partie d'une organisation est modifiée, cela a un impact sur sa totalité. Ici, un des secteurs été modifié produisant des effets sur les autres de la même spécialité.

La clé de la prise en charge du patient de demain, c'est de mettre en place des liens avec les acteurs de soins libéraux ou tout du moins de ville. La politique de santé nous oblige à avoir cette démarche car la population vieillissante exige de nous de la réactivité et une prise en compte de l'évolution des besoins sociaux et de l'aspect démographique. Selon D.LETOURNEAU⁶⁷, « Un nouveau modèle est en train d'émerger, plus adapté aux pathologies chroniques, dans lequel sont valorisés : un patient plus actif dans une relation plus égalitaire, un traitement concentré sur le malade et pas seulement sur la maladie, l'organisation d'un "continuum" impliquant des acteurs coordonnés dans une organisation cohérente (et non binaire, ville hôpital), le développement de politiques de prévention et d'éducation thérapeutique. »

Pour répondre de manière adaptée aux besoins des collaborations se développent. Les assistantes sociales se déplacent dans des institutions de moyens séjours. Les organismes de prestations au domicile sont en plein développement ainsi que les services d'aide à la personne.

Il est important dans notre position de cadre paramédical, de créer des relations et organiser des partenariats avec les professionnels de ville. C'est l'enjeu de demain.

⁶⁷ D.LETOURNEAU, « *la politique de santé* », extrait du cours de septembre 2013

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

François DUPUY, « *Lost in management, la vie quotidienne des entreprises au XXIème siècle* », édition Seuil, 2011.

Michel KALIKA, « *Le mémoire de Master, mobiliser internet pour réussir à l'université et en grande école* », édition DUNOD, 2012.

Jean NIZET et François PICHAULT, « *La coordination du travail dans les organisations* » Edition DUNOD, 2012.

Philippe ZARIFIAN, « *Sociologie du devenir, éléments d'une sociologie générale* », édition L'Harmattan logiques sociales, 2012

Philippe ZARIFIAN, « *Travail et communication, essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise* », édition PUF, 1998.

DOCUMENTS PEDAGOGIQUES

Cours Xavier Marchand du 04/10/2014, source des données INSEE 2011.

Cours Jean Pierre DUMOND, « *Organisations de Santé, la grande transformation* », support de cours M2 MOS, 2012/2013.

D.LETOURNEAU, « *la politique de santé* », extrait du cours de septembre 2013

SITES INTERNET ET DOCUMENTS WEB :

-**ACADEMIE DES TECHNOLOGIES** : Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire. Rapport de la Commission "Technologie et santé". 2008, consulté le 03/01/2014 :

<http://www.academiotechnologies.fr/fr/publication/rid/64/rtitle/rapports/lid//ltitle//rid2/237/r2title/commission-technologie-et-sante.html?archive=1/>

-ANACT (AGENCE NATIONALE D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL),
« Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail », J.C SARDAS, page 14,
<http://www.gestiondesages.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/1442354.PDF>

-ARS ILE DE FRANCE, consulté le 07 avril 2014.
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contexte-regional.81650.0.html>

- Communiqué de Presse, 17 novembre 2010. ARS Ile France. Consulté le 07 avril 2014.
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/4_Contexte_Regional/Territoire_Sante/CP_territoires_17.11.10.pdf

-Arrêté 10.646 du 15 novembre 2010, Relatif à la définition des territoires de santé de la Région Ile de France et à la création des conférences de territoires.
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/4_Contexte_Regional/Territoire_Sante/ARRETE_10-646.pdf

- PRS (Projet régional de Santé) ARS Ile de France 2010, document PDF sur le site de l'ARS.

-ASSURANCE MALADIE, Améli.fr, consulté le 18 avril 2014.
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-allez-etre-hospitalise/quels-types-de-sejour-a-l-hopital.php>

-ATIH : AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, consulté le 18 avril 2014. <http://www.atih.sante.fr/mco/presentation>.

-C.H.S.F : http://www.ch-sud-francilien.fr/Portail/sections/connaitre_le_chsf/son_histoire , consulté le 05 novembre 2013

-DICTIONNAIRE DE LANGUE FRANÇAISE LE LAROUSSE,
consulté le 03 et le 10 février 2014.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/activit%C3%A9/947/locution?q=activit%C3%A9#167547>

-DICTIONNAIRE DE L'INTERNAUTE, consulté le 10 janvier 2014 :
<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/contexte/>

-DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE : promulgation de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, consulté le 05 novembre 2013:
<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>

-**ECONOMIE.GOUV**, Marchés publics et autres contrats, Direction des Affaires Juridiques, Document du 21/08/2012 : http://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/daj/marches_publics/conseil_acheteurs/fiches-techniques/champs-application/MP-et-autres-contrats.pdf, Consulté le 10 janvier 2014.

-**GLOSSAIRE DE FRANÇOIS DUPUY**, sociologue français : http://www.francoisdupuy.com/ecrits/glossaire/index_glossaire.html

-**HOSPIMEDIA**, article sur l'annonce du 3^{ème} plan cancer par Monsieur F. Hollande, daté du 05 février 2014, consulté le 3 mars 2014.

http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140204-politique-de-sante-francois-hollande-mobilisera-5?c=0&f=EQ&s=893474147486934579510E6F0BF83A19&u=81022&utm_source=sim&utm_medium=email&utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_content=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_term

-**INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA)**, consulté le 10 janvier 2014.

<http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/vos-demarches/droits-des-malades/le-droit-detre-informe/le-dispositif-dannonce>

-**INFIRMIER.COM**, consulté le 04 mars 2014 : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmier-clinicien-reconnu-cancerologie.html>

-**INSEE** (Institut Nationale de la statistique et des études économiques), consulté le 07avril2014 : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2010&typgeo=DEP&codgeo=91

-**JOURNAL LIBERATION**, octobre 1997 : <http://www.liberation.fr/societe/1997/10/07/tout-concentrer-est-dangereux-sur-le-plan-humain-et-sanitaire-les-hopitaux-d-evry-et-de-corbeil-appel-218859>, consulté le 06 novembre 2013.

-**LE GENERALISTE.FR**, consulté le 24 mars 2014. <http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/03/15/entre-le-centre-hospitalier-sud-francilien-et-eiffage-le-divorce-est-officialise-237736>

-**LEGIFRANCE**, consulté le 10/12/2013. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Art.L.16212 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

-Article D6124-301 du code de la Santé Publique, Légifrance, concernant les structures de soins relatives à l'hospitalisation, consulté le 25 novembre 2013

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD8FC7A3E149641B37EB6FD8A28AA1B.tpdjo06v_2?idArticle=LEGIARTI000006917191&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20120822

-Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale : (consulté le 02 mars 2014)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020310296>

-Décret n°2007-1256 du 21 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de greffes d'organes et aux greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). (Consulté le 02 mars 2014)

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D71A1C9BFCC7500855D68F50CA4B32AF.tpdjo08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000426476&dateTexte=20070824

-Extrait des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690710>

-**M. HENRY MINTZBERG**, Docteur en Management université de Montréal. Consulté le 07 avril 2014 : <http://www.mintzberg.org/resume>

-**PLAN CANCER**, consulté le 05 décembre 2013 : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/5-axes-30-mesures.html>

SANTE. GOUV, Extrait : « Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé ». Consulté le 18 avril 2014.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise_en_charge_de_moins_d_une_journee-2.pdf

-**SOCIETE FRANÇAISE D'HEMATOLOGIE** : « guide de bonnes pratiques pour le codage e
hémato-oncologie », consulté le 18 avril 2014.
http://www.hematologie.net/hematolo/UserFiles/File/PDF/RUM%20en%20hemato_oncologie.pdf

ANNEXES

EXTRAIT**RAPPORT D'ACTIVITE DU SERVICE D'HEMATOLOGIE CLINIQUE Année 2011****Dr A.DEVIDAS****INTRODUCTION**

L'activité d'Hématologie est identifiée au sein du service de Médecine Interne de l'Hôpital Gilles de Corbeil puis Sud Francilien depuis plus de 20 ans avec un développement (nombre de patients et extension des pathologies concernées) depuis la création en 1987 d'un poste de praticien hospitalier. Elle est la seule existante au Sud de l'île de France en hôpital général.

L'évolution a été essentiellement marquée par la prise en charge de pathologies hématologiques malignes de plus en plus aiguës et lourdes, les leucémies aiguës notamment, ainsi que la réalisation de chimiothérapies intensives avec autogreffes de cellules souches à partir de 1993, et le suivi dès 1987 de patients porteurs d'une infection à VIH. Cette dernière activité a abouti rapidement à la constitution de la plus grosse file active du département de l'Essonne (563 patients en 2011).

Le service d'hématologie a été créé en janvier 2003, et fonctionne depuis janvier 2009 avec 24 lits et places d'hospitalisation de jour mutualisés avec l'oncologie et 14 lits d'hospitalisation conventionnelle dont 7 de soins intensifs. Cette activité d'hématologie reste à ce jour la seule existante en Essonne, s'articulant déjà de façon informelle avec les autres hôpitaux environnants

-
- **LES CHIFFRES CLES**

	Consultation (ext. et int.)	Hôpital de jour	Hôpital. conventionnelle Nbre entrées Nbre journées		File Active Chimiothérapie
1/01 au 31/12 1998	2483	1261	307	2350	84
1-01 au 31- 12 2007	4486 (+2,5 %)	3050 (+ 10,27%)	562 (+9,5%) DMS = 4,81 j	2705	227 Dont 101 nouveaux
1-01 au 31- 12 2008	5027 (+12 %)	3062 (+ 0,39%)	553 (-1,5%) DMS = 5,52 j	3054	231 Dont 131 nouveaux
1-01 au 31- 12 2009	5170 (+3 %) (+ 30%) en 7 ans	3269 (+ 6,76%) (+173 %) en 7 ans	651 (+17%) DMS = 6,9 j (+ 45%)	4063 (+ 70%) en 7 ans	270 Dont 135 nouveaux (+ 91%) en 7 ans
1-01 au 31- 12 2010	4861 (-6 %)	3404 (+ 4%)	704 (+ 8%) DMS = 5,9 j	4173	275 Dont 141 nouveaux
1-01 au 31- 12 2011	4406 (-9 %) (+15 %) en 9 ans	3403 (+ 0%) (+185 %) en 9 ans	641 (- 9%) DMS = 6 j (+ 43%)	3854 (- (+ 60%) en 9	319 Dont 104 nouveaux

ANNEXE 1

			ans	(+ 126%) en 9 ans
--	--	--	-----	----------------------

Caractéristiques actuelles du service:

Consultation : 17 demi-journées par semaine

Personnel médical : 6 PH temps plein dont 1 arrivé en novembre 2011, 1 PH réduction activité 50%, 1 PH attaché temps plein parti en juin 2011, et 2 internes. L'élément essentiel pour 2011 est le congé longue maladie du docteur Devidas, chef de service, de janvier à juin, avec une reprise à mi-temps, le congé maternité d'un PH de juin à décembre et le congé maladie à compter de mi-novembre d'un autre PH, soit 28% de déficit sur l'année.

- **PART DES PATHOLOGIES TUMORALES ET LIEES A L'INFECTION VIH**

	Consultation			Hôpital de jour			Hop. Conventiennelle		
	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010
Nombre journées	4406	5170	5170	3403	3269	3404	3854	4063	4173
						(+4 %) en 2 ans			(-5 %) en 2 ans
% infection VIH	20 %	22 %	25 %	14 %	10,5%	10,4 %	0 %	2%	1%
% pathologie tumorale	52 %	46 %	47 %	77 %	82,5%	84,6%	96 %	89%	95%
% pathologies bénignes	28 %	32 %	28%	9 %	7%	6%	4 %	9 %	4%

Les chiffres concernent tous les recours des patients dans l'évolution de leur maladie, que ce soit pour les bilans ou traitements, leurs complications ou phases évolutives.

Pour ce qui est de **la consultation**, les recours se décomposent en **3696 consultations externes (-7%)**, 172 consultations internes (-1%), et 710 en lien avec l'équipe de liaison et de soins aux toxicomanes (+5%).

La diminution relative enregistrée est cette année encore due aux arrêts maladie et maternité prolongés, une partie des consultations de suivis ayant dû être différée, ou reportée vers le médecin traitant, et une partie des consultations en hématologies bénignes ayant été traitées par conseil téléphonique, en lien avec les médecins traitants.

Parmi les patients suivis en consultation, pour l'année 2011, 80% présentent une pathologie maligne ou liée à l'infection à VIH qui entraînera un suivi continu, et à court ou moyen terme une prise en charge plus lourde en hospitalisations complète ou de jour.

Si l'on considère les secteurs d'hospitalisations en nombre d'entrées, le chiffre atteint 81 % pour les seules pathologies tumorales.

Pour les pathologies tumorales, l'hôpital de jour est un lieu de réalisation de chimiothérapies, 1165 séjours, contre 1392 séjours en 2010 (- 16 %) , et 1098 en 2008 (+ 6 %) et 511 en 2005 (+ 128%),

ANNEXE 1

de transfusions, 734 séjours contre 621 séjours en 2010 (+18%), et 373 en 2005 (+97%), de diagnostic initial (252), avec une augmentation sur ce secteur en un an de 20% et en 3 ans de 85%.

La diminution relative des chimiothérapies pour l'année 2011, est due à une limitation volontaire de la prise en charge de patients diagnostiqués ailleurs et proposés au CHSF, du fait de la réduction sévère du temps médical, et aussi à un transfert vers le secteur conventionnel, en lien avec la plus grande lourdeur des pathologies et comorbidités, nécessitant des hospitalisations itératives.

Il est intéressant de noter la place privilégiée que prend l'hôpital de jour en tant que lieu de diagnostic initial, grâce à une bonne organisation et programmation, en lien avec les outils diagnostiques mis en place en ambulatoire que sont les ponctions sternales, biopsies médullaires et biopsies sous scanner ou échographie

L'hospitalisation conventionnelle permet quant à elle la réalisation de chimiothérapies intensives avec autogreffe (19), la prise en charge de leucémies (139 séjours), de tumeur hors leucémies aiguës (476 séjours), la réalisation de chimiothérapie (293 séjours en 2011, 282 en 2010, 222 en 2009, 170 en 2008) et la prise en charge des complications (infections, aplasies, ...) et des fins de vie (29 en 2011, 21 en 2010, 19 en 2009, 16 en 2008).

Cette activité conduit à la réalisation de séjours inclus dans la définition de lits de soins intensifs en hématologie clinique, avec 50% des lits du service ouverts répondant à cette entité, mais avec une **réduction «en 2011 sur 6 mois de 7 à 5 lits**. La reconnaissance de cette activité à compter de 2009 dans le cadre du CPOM entraîne la facturation de ce forfait avec **un bénéfice en termes de recettes, permettant d'atteindre pour cette seule unité 2 096 054 Euros en 2011 (+4%) malgré la réduction du nombre de lits**. Ces chambres seront identifiées dans le nouvel hôpital et équipées d'un sas et d'un système de traitement de l'air.

	2009			2010			2011		
	CO	n. jours	DMS N. lits	CO	n. jours	DMS N. lits	CO	n. jours	DMS N. lits
autogreffe		378			472		402	19,1	
Autres		2233			1271		1306	17,4	
Total Soins intensifs	7	2611	14	7	1741	18	1708	17,7	6 79%

Le fléchissement apparent des chiffres de l'activité du service, essentiellement en hospitalisation conventionnelle et en unité de soins intensifs entre 2011, 2010 et 2009, est en lien avec deux éléments explicatifs majeurs :

- Une meilleure sélection des séjours relevant effectivement des seuls soins intensifs, le recueil des séjours ayant été fait de façon rétrospective en 2009 et prospective en 2010 et 2011, avec en corollaire de cela une meilleure sélection et une DMS allongée, mieux représentative de la lourdeur des patients.
- La fermeture de 3 lits, 2 en soins intensifs et 1 en secteur conventionnel, **en lien avec les difficultés médicales** responsable d'une diminution de 28%, du temps médical pour raisons de congés maladies et maternité, entraînant une moindre disponibilité des lits en urgence pour les patients lourds type leucémies aiguës notamment.

Malgré la diminution forcée du nombre de lits et de l'activité, finalement modérée en regard de l'importance du déficit en personnel médical, le bilan financier reste positif, avec un bénéfice en terme de recettes, permettant d'atteindre 5 387 781 Euros en 2011 (+4%), à mettre en parallèle avec les recettes totales du pôle qui se monte à 6 668 505 Euros (80,7%).

Cette activité pour la prise en charge des leucémies aiguës a permis sur le classement annuel du point, de placer le service d'hématologie clinique du CHSF en 36^{ème} position en 2010 et en 33^{ème} place en 2011.

.....



Projet de Création d'un Service de maladies infectieuses au Centre Hospitalier Sud Francilien avec une perspective territoriale

1) Introduction

1.1) Définition des maladies infectieuses et tropicales

L'infectiologie est une discipline médicale spécifique, spécialisée dans la prise en charge des maladies infectieuses et tropicales dans leurs dimensions individuelle et collective.

Depuis 1984, cette spécialité est reconnue sur le plan universitaire par un diplôme d'études spécialisées complémentaires : le DESC de pathologie infectieuse clinique et biologique obtenu après deux années de formation, l'une au cours de l'internat, l'autre en post internat. Ce diplôme n'étant pas « qualifiant » son exercice est à l'heure actuelle uniquement hospitalier.

L'intitulé « Maladies infectieuses et Tropicales », consacré par l'usage et par la terminologie universitaire officielle, fait référence aux maladies infectieuses telles qu'elles sévissaient autrefois dans les pays industrialisés et telles qu'elles sévissent encore dans les pays en voie de développement.

L'appellation « Infectiologie » est plus adaptée à la pratique actuelle où l'exercice de cette spécialité est confrontée, entre autres, aux nouvelles infections chez les immunodéprimés, aux infections nosocomiales, aux infections osteoarticulaires complexes, les infections à bactéries multi résistantes, au VIH, aux infections émergentes comme la grippe H1N1

La spécialité « Infectiologie » inclut la prise en charge des maladies tropicales, des migrants et les pathologies liées aux voyages.

Les champs d'exercice de cette discipline sont multiples et touchent la dimension individuelle du malade, la dimension collective (maladies transmissibles), la prise en charge thérapeutique, la prévention, et en terme plus global la gestion du risque infectieux

1.2) Les Missions de l'infectiologue

L'infectiologue est un médecin clinicien assurant la prise en charge des patients atteints d'infections bactériennes, virales, fongiques ou parasitaires, notamment les plus complexes et difficiles à traiter, et les maladies infectieuses émergentes.

Il sait diagnostiquer, choisir les explorations complémentaires pertinentes, poser l'indication ou la non-indication d'un traitement anti-infectieux, choisir les anti-infectieux selon des critères multiples, surveiller l'efficacité et la tolérance des traitements.

Il sait identifier les situations d'urgence infectieuse et agir en conséquence.

Il joue un rôle majeur dans la reconnaissance, l'alerte, la prévention individuelle et collective de la diffusion des maladies transmissibles. Son expérience de clinicien de terrain lui confère un rôle d'expert dans l'évaluation de l'impact écologique et économique des maladies infectieuses sur l'environnement et la collectivité.

2) Présentation Centre Hospitalier Sud Francilien

Le nouvel hôpital CHSF d'une capacité à terme de 1000 lits et places, issu de la fusion des hôpitaux de Corbeil et Evry en 1999, se situe dans le département de l'Essonne, territoire de santé 91.3, avec un bassin de population > 600 000 habitants. C'est la seule structure hospitalière publique de cette taille entre les CHU de Bicêtre et Henri Mondor, au Nord en périphérie de Paris et le CHR d'Orléans au Sud. Il existe un service des Maladies Infectieuses et Tropicales sur le CHU Bicêtre et CHR d'Orléans. Il existe aussi un service de maladies infectieuses au CHI de Villeneuve Saint Georges.

Le bassin de population dans le territoire de santé autour du CHSF est en pleine expansion, ce qui conjointement à l'attractivité du nouveau site, devrait rendre l'activité grandissante dans les années à venir.

Plusieurs hôpitaux généraux dépourvus d'infectiologie et de service des maladies infectieuses se trouvent sur ce large territoire de santé (Longjumeau, Melun, Juvisy, Etampes, Fontainebleau, Montereau, Nemours, Orsay, Dourdan **et le CHSF**) et entraîne la nécessité de créer une activité de recours avec dimension territoriale.

Le CHSF dispose d'un **plateau technique développé** (IRM, Scanners, Anatomopathologie, Médecine nucléaire, Réanimation, microbiologie de haut niveau, nombre de spécialités médicales et chirurgicales ...), et dispose de liens privilégiés pour la réalisation des examens nécessaires en virologie et biologie moléculaire, permettant d'assurer l'ensemble de soins techniques pour les patients suivis.

Le projet nouvel hôpital inclura à l'avenir un lien plus fort avec l'université, un plateau recherche en lien avec le Génopole,

La constitution d'un centre de recherche clinique et translationnel (CRCT) est envisagée, avec un espace important (600m²) dédié, en lien avec le Génopole (Dr Peschansky). Cela permettra de créer une véritable interface entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et les entreprises. Cette unité de recherche sera pilotée par un Comité Scientifique et Technique de la Recherche au CHSF.

3) Présentation activités maladies infectieuses au CHSF

La prise en charge au CHSF des maladies infectieuses est faite, à ce jour, uniquement par les services de spécialités, essentiellement médicales, chacun dans son domaine, sans concertation ou transversalité, en dehors de l'action de la microbiologie qui à partir des données bactériologiques interagit avec les cliniciens demandeurs.

Une Commission des antibiotiques existe depuis 2005 au sein du CHSF. Elle est une émanation du CLIN et du COMEDIMS.

Cette commission doit être pilotée en étroit partenariat entre le pharmacien, le biologiste responsable de la microbiologie et le clinicien désigné médecin référent en antibiothérapie ce qui n'est pas le cas à ce jour au sein du CHSF, du fait de l'absence de médecin spécialiste titulaire du DESC de maladies infectieuses.

Les missions de cette commission sont de :

- Coordonner les actions en matière du bon usage des antibiotiques
- Mettre en place les actions permettant le suivi et l'évaluation des prescriptions
- Faciliter le recueil et la diffusion d'information sur la consommation des antibiotiques.

La mission du médecin référent est de promouvoir sur le terrain les actions de bon usage des anti infectieux, définies par la commission :

- Aider les prescripteurs dans le choix et la conduite de la meilleure antibiothérapie
 - Avoir un conseil sur les modalités de traitement et sa durée
 - Intervenir sur des alertes générées par la pharmacie ou la microbiologie
 - Organiser des actions de formation pour les personnels médicaux, en particulier les internes, et paramédicaux
- Mener en lien avec les DIM des actions d'évaluation (audits de pratique) et de recherche clinique en collaboration avec les différents services cliniques concernés, la pharmacie et la microbiologie.

Malgré la taille de l'établissement et sa dimension de recours, ces missions n'ont pu être développées de façon satisfaisante, malgré la rédaction de procédures et recommandations non suivies d'évaluation et d'actions de terrain.

La prise en charge des patients infectés par le VIH a débuté sur le CHSF des 1987, activité prise en charge initialement dans le service de Médecine interne par le Docteur Devidas, PH hématologue clinicien, poursuivie à ce jour, avec rapidement développement de la plus grosse file active du département (plus de 600 patients suivis).

Cette implication forte dans ce domaine a permis une prise en charge globale des patients infectés par le VIH, en consultation, hôpital de jour avec éducation thérapeutique et consultation observance, et en hospitalisation de façon essentiellement transversale du fait d'un nombre de lits limité.

Une réunion de concertation mensuelle autour de la prise en charge des femmes séropositives enceintes avec les gynécologues et pédiatres dans le cadre de l'Enquête Périnatale Française et la prise en charge 24h/24 des accidents d'exposition au sang (AES) sont en place depuis plus de 10 ans.

La mise en place en octobre 1998, du CISIH du sud-est francilien, interdépartemental regroupant tous les hôpitaux du 91, avec les hôpitaux de Melun, Nemours, Montereau Fontainebleau dans le 77, Intercommunal de Créteil et Villeneuve Saint Georges pour le 94, seul CISIH en France rattaché à un hôpital non universitaire. Ce projet développé et coordonné par le docteur Devidas est le fruit de la reconnaissance par la tutelle du rôle pivot du CHSF dans le territoire Sud Francilien dans ce domaine.

L'obtention de moyens notamment en techniciens d'études cliniques a permis de répondre favorablement à cet enjeu majeur de la qualité des soins dans la proximité sur l'ensemble des 3 départements, et de s'impliquer plus avant sur les recherches clinique et épidémiologique.

Adossée à cette activité forte dans le domaine de l'infection à VIH, et tenant compte de l'absence de médecin référent spécialiste en maladies infectieuses, tant au CHSF que dans le département, un projet d'amélioration de l'usage des antibiotiques au CHSF porté par les présidents du CLIN et du COMEDIMS (Dr Devidas) a été écrit en

2005, avec demande de création d'un poste de PH spécialiste en maladies infectieuses, afin dans un premier temps de mettre réellement en place une politique de qualité autour du bon usage des antibiotiques, selon les recommandations de la circulaire DHOS/E2 - DGS/SD5A n°272 du 2 mai 2002, et permettre aussi de renforcer les effectifs insuffisants et fragiles autour de la prise en charge du VIH. L'objectif à moyen terme, après évaluation, devant aboutir à la création d'un service de maladies infectieuses et tropicales, avec une organisation et dimension fonction des complémentarités mises en place avec les autres spécialités d'organes existantes.

Ce projet, réitéré en 2008 n'a malheureusement jamais été retenu et financé, entraînant à minima la création en 2009 d'un temps dédié de médecin référent en antibiothérapie (0.2 ETP) pris sur un PH hématologue titulaire d'un DU en antibiothérapie, sans activité possible de transversalité auprès des services du fait de la taille de l'établissement, ni capacité de faire évoluer le projet plus avant.

Début 2012 le projet a été relancé et permis de prévoir un recrutement à partir de novembre 2012 d'un PH spécialiste en maladies infectieuses, suivi d'un autre poste, et permettre dans un hôpital de recours, de développer un service de maladies infectieuses et tropicales, seul existant alors en Essonne, avec une vocation territoriale et départementale, avec nécessité d'ouverture vers les autres hôpitaux et les médecins généralistes., dans la continuité des projets antérieurs.

4) Présentation situation et spécificités en Essonne et IDF

A ce jour il n'existe aucun service ni lits de maladies infectieuses dans le département de l'Essonne pour une population de 1,2 Millions d'habitants, contrastant avec 310 lits existants en IDF, et un ratio en région de 54 à 276 lits dédiés « maladies infectieuses » par Million d'habitants.

Le plan stratégique régional de santé 2011, de l'Ile de France, insiste pourtant sur les spécificités régionales, en particulier pour les pathologies infectieuses, VIH/SIDA, tuberculoses, paludisme notamment.

La région Ile de France reste la porte d'entrée privilégiée des personnes venant de l'étranger, avec 40% des immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) vivant en IDF, où il représentaient 16,9% de la population en 2006, soit une proportion deux fois supérieure à la moyenne nationale. Or les immigrés sont davantage soumis à des difficultés socio-économiques, contribuant à augmenter les contacts entre personnes (transports en commun, lieu de travail, logement exigu..) et la transmission des risques infectieux, entraînant aussi un impact sur l'accès aux soins, recours tardif et moindre au système de santé.

5) Actions à mettre en œuvre

5.1) La mise en place d'une telle activité nécessite une organisation autour de 8 Grands Axes essentiels de Soins (cf. référentiel métier - Infectiologue - SPILF 2011)

➤ **Activité de médecin référent en anti-infectieux**

Le référent est un médecin formé à la chimiothérapie anti-infectieuse, titulaire d'un DESC de Pathologies Infectieuses.

Sa mission est de promouvoir sur le terrain les actions de bon usage des anti-infectieux, en curatif et en prophylaxie, définies par la COMAI (commission des anti-infectieux), en collaboration avec le pharmacien et le microbiologiste.

Il intervient pour l'ensemble de l'hôpital sur sollicitation ou sur alerte.

Le conseil porte sur l'aide au diagnostic (optimisation du choix des explorations complémentaires), sur le choix de l'anti-infectieux, et sur les modalités de traitement, éléments qui permettent de réduire l'émergence de la résistance des agents anti-infectieux.

Il participe au contrôle thérapeutique ciblé des infections documentées ou non, en veillant à la qualité des traitements anti-infectieux prescrits dans les différents services, et réorienter auprès du prescripteur, avec le pharmacien, les non conformités.

Il organise avec la COMAI des actions de formations sur le bon usage des anti-infectieux, pour les personnels médicaux (internes, seniors) et para médicaux.

Il participe à l'élaboration et à la diffusion des recommandations locales.

Il mène des actions d'évaluation avec les services cliniques, et participe à l'analyse des consommations et des résistances en collaboration avec les services de pharmacie, de microbiologie et l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière.

Il promeut des travaux de recherche pour le bon usage des anti-infectieux et la prévention de l'émergence des résistances.

Il participe aux conseils de bon usage des anti-infectieux pour les médecins libéraux (conseil téléphonique, élaboration de référentiels locaux et régionaux en liaison avec les unions régionales des médecins libéraux, formation de médecins libéraux).

Pour un établissement de 1000 lits et places, un ETP dédié est recommandé et nécessaire pour pouvoir mener à bien ces missions, et cette qualification en infectiologie est indispensable à la légitimité du praticien référent en antibiothérapie vis-à-vis de ses confrères.

➤ **Prise en charge d'une fièvre aiguë (reconnaître l'urgence d'une situation et réaliser un diagnostic)**

Plus de 90 % des fièvres aiguës sont d'origine infectieuse. L'infectiologue a le savoir-faire pour poser les questions appropriées, examiner avec une attention particulière à la recherche de signes de gravité pouvant engager le pronostic vital (diagnostic, évaluation et principes de prise en charge des états infectieux graves).

Aussi, son implication à un stade précoce de la prise en charge permet d'orienter très rapidement vers la réanimation les patients relevant de cette spécialité ou d'enrayer l'aggravation d'un état instable et évolutif et de limiter ainsi les passages en réanimation et de raccourcir les durées de séjour. Il est un acteur privilégié de la prise en charge en aval des urgences fébriles.

➤ **Prise en charge des infections virales chroniques en particulier infection à VIH (décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge, contribuer au dépistage)**

L'infectiologue assure la coordination de la prise en charge devenue multidisciplinaire et chronique. Son expertise dans le bon usage des antirétroviraux et l'éducation thérapeutique permet la prévention de l'émergence des résistances et est le garant d'une minimisation des risques d'effets secondaires liés à ces traitements.

Il est un acteur de la prise en charge des co-infections virales VIH-VHC-VHB en coordination avec les hépatologues.

Pour l'ensemble de ces pathologies il est un acteur de la recherche épidémiologique et thérapeutique.

L'infectiologue assure le dépistage, la prise en charge initiale et le suivi des infections à VIH dans le cadre des CDAG, des IST dans le cadre des CIDDIST, ainsi que des accidents professionnels d'exposition aux liquides biologiques, et des expositions sexuelles pour l'ensemble de ces agents pathogènes.

➤ **Prise en charge des infections complexes**

L'infectiologue a la connaissance et le savoir-faire pour la prise en charge des endocardites, des infections neuroméningées, des infections chez l'immunodéprimé, notamment en onco-hématologie, des infections à bactéries multi résistantes et à microorganismes rares, des infections sur matériels étrangers, des infections ostéoarticulaires en particulier complexes.

Il gère les effets indésirables, les interactions et les toxicités médicamenteuses.

Cette expertise évite les traitements non adéquats, sources de perte de chance pour le patient et de surcoûts pour la collectivité.

➤ **Prise en charge des Maladies Infectieuses Hautement Contagieuses et Graves (prévention, contrôle, traitement)**

L'infectiologue est compétent pour la gestion de toutes les maladies infectieuses contagieuses et graves (tuberculose dont les formes multi résistantes et ultrarésistantes,

Infections nosocomiales à bactéries multi résistantes, fièvres hémorragiques, charbon, SRAS, grippe aviaire A (H5N1) et pandémie A (H1N1), et autres maladies émergentes ou ré-émergentes.

Cette prise en charge ne se conçoit que dans des locaux adaptés (sas d'isolement, chambres à pression négative) avec des équipes rompues aux différentes techniques d'isolement. Les services de Maladies Infectieuses en ont l'expérience et l'équipement.

➤ **Prévention des maladies des voyageurs, prise en charge d'une pathologie au retour d'un voyage et des infections chez les migrants**

La complexité et la diversité des situations individuelles rendent nécessaires une connaissance approfondie des risques et des moyens de les prévenir (chimio prophylaxie du paludisme, vaccinations...).

Au retour, certaines pathologies d'importation mal connues des médecins nécessitent une prise en charge spécialisée et précoce (paludisme, arboviroses, trypanosomiasés, typhoïde...), tout retard de diagnostic de paludisme mettant en jeu le pronostic vital.

Le dépistage et la prise en charge des maladies d'importation tropicales et des migrants relève de la compétence de l'infectiologue.

➤ **Prise en charge des infections associées aux soins dont les infections nosocomiales (prévention, contrôle, traitement)**

L'infectiologue, de par sa connaissance des agents infectieux et son expertise clinique du maniement des anti-infectieux, apporte une contribution essentielle à la

politique multidisciplinaire de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), en partenariat constructif avec l'EOH.

➤ **Activité de référent pour le bioterrorisme (risques infectieux)**

L'infectiologue connaît les risques biologiques infectieux liés au bioterrorisme, le diagnostic de ces pathologies dont certaines ont disparu (variole), les procédures d'alerte et de prise en charge. L'infectiologue est responsable dans les sept régions militaires des centres zonaux référence pour le bioterrorisme. Il maîtrise les procédures

D'isolement. Ses connaissances pratiques sont actualisées par les exercices nationaux

ou régionaux auxquels il participe. De même, il participe activement aux actualisations

des différents plans : plan Blanc, plan variole, plan pandémie etc.

Il coordonne, conseille, forme ses correspondants, accueille les victimes, les malades et leurs contacts.

L'infectiologue a la capacité de réagir de manière adaptée et immédiate en cas de situation de crise. Il est l'interlocuteur de la préfecture et autres tutelles dans ce domaine.

5.2) Déclinaison en actions et structures de soins à développer et/ou créer

➤ **Consultations externes**

L'activité en infection à VIH existe en consultation depuis 1987, en constante évolution, quantifiée depuis l'obtention des moyens en technicien d'étude clinique grâce au Csih (et Corevih) et l'utilisation d'un dossier informatisé spécifique NADIS.

Sur le tableau récapitulatif suivant, si l'évolution stagne depuis 2 ans, cela est uniquement dû aux importantes difficultés médicales suite aux congés longue maladie chez les 2 praticiens référents dans l'infection à VIH, faisant limiter jusque 2013 les activités, mais ayant malgré tout permis de maintenir la file active, et l'attractivité du CHSF.

6) Part des Pathologies liées à l'Infection à VIH

	Consultation				File Active			
	2011	2002	2009	2010	2011	2002	2009	2010
Nombre journées	4406	4042	5170	4861	605	432	552	563
% infection VIH	%	21%	22 %	25 %	Nouveaux Patients			
Nbre Consultation VIH	881	849	1137	1215	54	59	64	49

La consultation étant une porte essentielle d'entrée dans un suivi hospitalier, outre la poursuite et le renforcement de la prise en charge du VIH, une consultation externe

« Maladies infectieuses et Tropicales » sera rapidement ouverte, pour assurer le suivi en post-hospitalisations, et développer les relations et liens directs avec les médecins généralistes et spécialistes environnants.

La consultation sera rapidement le lieu de création d'un Centre de Prise en charge des maladies d'importation (maladies tropicales, du migrant et du voyageur, centre antirabique et centre de vaccination internationale).

Dans un contexte fort de migration et de mouvement internationaux de plus en plus importants, et du fait de la proximité de l'aéroport d'Orly, devant l'absence d'une telle structure dans le département, cette mise en place s'impose et se justifie pleinement.

Elle permettra de :

- Diagnostiquer, traiter et prendre en charge des pathologies des voyageurs et de la pathologie des migrants
- Prévenir des maladies des voyageurs et migrants
- Organiser un Centre de vaccinations internationales et de conseils aux voyageurs : Vaccinations, chimio prophylaxie et informations générales de prévention, Immunoprophylaxie post exposition en centre antirabique.

➤ **Hôpital de Jour avec éducation thérapeutique**

• L'hôpital de jour « Hématologie clinique » existe depuis 1988, axe majeur de fonctionnement du service, tant en hématologie clinique que pour l'infection à VIH, et est un endroit indispensable d'articulation avec la médecine de ville, et le lien avec les autres hôpitaux environnants.

7) **Part des Pathologies liées à l'Infection à VIH**

	2002	Hôpital de jour 2009	2010
	2011		
Nombre total Journées	1196 3403	3269	3404
% infection VIH	9 %	10,5%	10,4 %
Nbre journées VIH	14 % 108 477	343	354

• Les chiffres ci-dessus montrent que l'activité existe déjà en hôpital de jour, et demande à être plus structurée, développée en utilisant notamment les possibilités de la circulaire frontières (C2 + AMI + examens complémentaires biologiques et/ou imagerie médicale), en renforçant l'offre en consultation d'observance, reposant actuellement seulement sur 2 demi-journées d'IDE, et en étendant les actions en éducation thérapeutique dans le champ du VIH, en groupe de patients et en séances individuelles, en créant un axe éducatif sous forme de séances centrées autour de l'infection à VIH et traitements au long cours. Dans le cadre de l'hôpital de jour sera également développé un partenariat avec les autres spécialités concernées par les comorbidités associées au VIH et par les toxicités médicamenteuses, que sont les diabétologues, cardiologues,

ANNEXE 2

néphrologues, hépatologues, rhumatologues, gynécologues, proctologues, diététiciennes notamment.

Des moyens dédiés devront être définis, pour mettre en place ces cycles éducatifs, et les développer dans l'avenir.

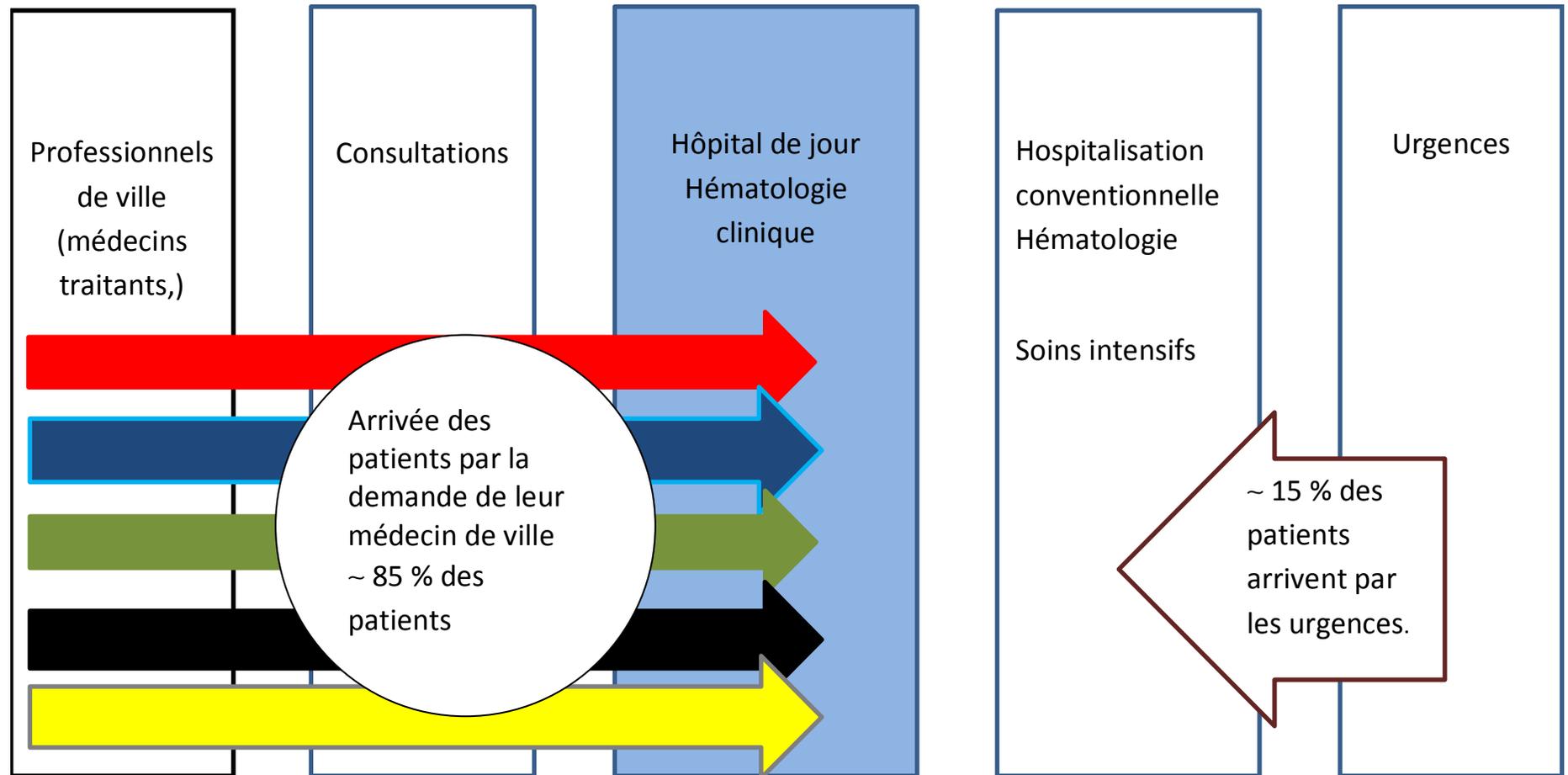
- Le travail existant depuis longtemps avec le service de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique pour le suivi des femmes enceintes VIH, avec réunions de dossiers mensuelles, reconnu par un audit de la SFLS (Société Française de Lutte contre le Sida), et permettant de tracer toutes les indications thérapeutiques, anticiper les problèmes sociaux, psychologiques et médicaux, se doit d'être poursuivi. Il sera à améliorer et renforcer, mais est déjà une base forte du CHSF, avec participation très active de notre centre à la cohorte Pédiatrique Française pilotée par l'ANRS.

- La prise en charge des patients co-infectés VIH, Hépatites B et/ou C est déjà une réalité, faite en partenariat avec les hépato-gastro-entérologues, et demandera dans l'avenir de renforcer les liens, avec organisation de réunions mensuelles, selon ce qui se fait avec les obstétriciens.

- Le plateau technique de virologie, microbiologie et de biologie moléculaire est d'excellente qualité, et permet aujourd'hui de réaliser l'essentiel des suivis réguliers, et permettra dans l'avenir de répondre à l'évolution des technologies à venir.

.../...

DIFFERENTS PARCOURS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS L'HDJ UNE ETAPE CENTRALE



EXTRAIT **Projet d'une action territoriale en Hématologie clinique**
Docteur Devidas Alain – Centre Hospitalier Sud Francilien

1) Introduction

- Le service d'hématologie clinique du CHSF, autorisé Hémopathies tous types, est le seul existant en Essonne, et outre les hôpitaux AP-HP (Henri Mondor à Créteil, Pitié-Salpêtrière à Paris) et l'IGR à Villejuif, il existe dans la zone sud de l'Île de France une activité d'hématologie clinique à l'hôpital de Melun, au sein du service de médecine interne, représentée par 1,5 Equivalents Temps Plein.
- Le territoire de « drainage » et d'implication naturels de l'hématologie du CHSF se trouve donc étendu et inter départemental, (89,3% Essonne, 7,5% Seine et Marne et 1% Val de Marne, Loiret 0,2%) et se doit d'être structuré afin de pouvoir répondre au mieux pour l'ensemble des patients de ces territoires aux exigences du plan cancer.
- L'existence d'une activité en hématologie clinique capable de répondre à l'évolution des technologies et aux normes du plan cancer, l'enjeu de mettre en place des soins de qualité dans la meilleure proximité, la nécessité de créer des filières de soins cohérents sur le plan géographiques, l'existence d'un réseau départemental Essononco, sont autant d'arguments pour établir cette action territoriale en hématologie clinique, essentiellement tournée vers les pathologies tumorales

2) Plan cancer, SROS cancérologie

- La prise en charge du cancer est à la fois une priorité nationale et un domaine où les besoins sont également croissants, avec des recommandations pour améliorer la qualité des soins. Ces recommandations touchent les soins directs au patient et les réorganisations afin d'harmoniser les pratiques donc la qualité et permettre la continuité des soins.
- La structuration se doit d'assurer dans des délais acceptables une prise en charge :
 - Personnalisée et globale, associant soins de support et palliatifs
 - Garantie par des pratiques multidisciplinaires, la concertation initiale (RCP) étant la clé de voûte du dispositif
 - De qualité, reposant sur les possibilités diagnostiques (biologie moléculaire, cytogénétique) et thérapeutiques les plus récentes, et permettant dès que possible une inclusion dans des essais thérapeutiques et favorisant l'innovation thérapeutique
- En Hématologie tumorale, les objectifs du SROS sont pour les hôpitaux impliqués d'établir un maillage avec les hôpitaux et cliniques de leur environnement géographique, notamment par le biais de consultations avancées, et de participer aux réseaux de cancérologie et mettre en place l'organisation pluridisciplinaire.

3) Activité d'Hématologie au CHSF

- **La continuité des soins** est assurée par le biais de l'astreinte de sécurité fonctionnelle 24h/24, en permettant en hématologie de maintenir un niveau de sécurité suffisant
 - Cette astreinte est actuellement, pour l'hématologie, élargie à tous les services d'urgence du département qui nécessitent un avis et/ou un transfert en urgence.
- **Une RCP** a lieu de façon hebdomadaire, en présence des médecins du service, des cytologistes, un anatomopathologiste, un radiologue et radiothérapeute si nécessaire. **Cette RCP est ouverte à tous les médecins du département.**
- Tous les nouveaux dossiers sont présentés, toutes les décisions thérapeutiques sont discutées, puis inscrite dans la fiche de RCP et colligées dans le dossier et au 3C.
- Le service participe depuis son origine à la mise en œuvre du réseau cancérologie ESSONONCO, permettant de réfléchir à l'articulation avec les hôpitaux généraux et les cliniques faisant de l'oncologie et les médecins généralistes.
- Le CHSF dispose d'un **plateau technique développé** (IRM, Scanners, Radiothérapie, Anatomopathologie, Médecine nucléaire, Réanimation..., et prochainement Pet scan), et dispose de liens privilégiés pour la réalisation des examens nécessaires en cytogénétique et biologie moléculaire, permettant d'assurer l'ensemble de soins techniques pour les patients suivis.
- Il existe une équipe mobile de soins palliatifs, améliorant la qualité de la prise en charge et le lien avec les unités de soins palliatifs environnantes et une consultation douleur.
- **La constitution d'un centre de recherche clinique et translationnel (CRCT)** est incluse dans le cadre du projet de nouvel hôpital, avec un espace important (600m²) dédié. Cela permettra de créer une véritable interface entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et les entreprises. Cette unité de recherche sera pilotée par un Comité Scientifique et Technique de la Recherche au CHSF dont le Dr Joly est l'un des membres.
- **Nous sommes donc en mesure de prendre en charge** les patients adultes de tout âge, porteurs de leucémies aiguës, myélomes, lymphomes, myélodysplasies, syndromes myéloprolifératifs, et de proposer les traitements les plus récents et adaptés, chimiothérapies lourdes et autogreffes, et de mettre en place toutes les innovations thérapeutiques. (146 Autogreffes réalisées depuis 1994, avec 15 à 20 greffes par an depuis plus de 5 ans).
- **Le service d'hématologie du CHSF se positionne comme un niveau de recours, de référence dans la zone territoriale Ile de France Sud, permettant :**
 - ↳ L'accès rapide au diagnostic
 - ↳ L'élargissement de la consultation d'annonce déjà effective, reposant dans un premier temps sur une consultation médicale réservée à l'annonce, puis sur une consultation infirmière spécialisée en hématologie dans le cadre de l'hôpital de jour, et proposition si nécessaire de soins de support

- ↪ La mise en route d'un programme personnalisé de soin décidé dans le cadre de la RCP spécifique onco-hématologie hebdomadaire.
- ↪ **La mise au point d'un carnet de suivi individuel**, remis à chaque patient, dans lequel figurera le diagnostic, le compte rendu de RCP, le Plan personnalisé de soin, et des pages libres, pour améliorer la communication entre les intervenants
- ↪ **La continuité des soins 24h/24** par le biais de l'astreinte de sécurité qui pourrait évoluer sous forme d'une astreinte opérationnelle en fonction de la montée en puissance de la charge de travail
- Le bassin de population dans le territoire de santé autour du CHSF est en pleine expansion, ce qui conjointement à l'augmentation du nombre de tumeurs, notamment hématologiques, devrait rendre l'activité grandissante dans les années à venir.

4) Objectifs de l'action et organisation dans le territoire de santé

- **Les objectifs de l'action sont :**
 - ↪ **L'essentiel de l'organisation** proposée ci-après repose sur la volonté de maintenir les patients porteurs de pathologies hématologiques, essentiellement malignes, dans le département, le plus possible à proximité de leur domicile, avec une coordination des soins centrée par l'hôpital Sud Francilien, en tant que pôle de référence, et des soins mis en place en fonction de leur niveau de technicité soit sur l'hôpital de proximité soit sur l'hôpital Sud francilien.
 - ↪ Développer une prise en charge coordonnée en hématologie clinique, permettre une meilleure organisation des soins, et envisager une formation continue des praticiens de médecine polyvalente et d'oncologie
 - ↪ **Mettre en place des consultations avancées d'hématologie sur des hôpitaux généraux environnants**
 - ↪ Organiser les hospitalisations les plus lourdes sur le CHSF, et permettre dès que possible le maintien ou le retour sur l'hôpital de proximité
 - ↪ Assurer la continuité des soins 24h/24 en permettant de maintenir un niveau de sécurité suffisant et évolutif selon la montée en charge des pathologies
 - ↪ **Mettre à la disposition de tous via un système de « visio-conférence »** la seule RCP Hématologie du département, localisée au CHSF
- **En fonction des pathologies il faut tendre dans l'avenir vers le schéma suivant :**
 - ↪ Diagnostic soit en consultation ou HDJ au CHSF, soit sur dossier transmis
 - ↪ Décision thérapeutique et protocole finalisé lors de la RCP hebdomadaire, La RCP étant la clé de voute de la qualité pour les maladies tumorales hématologiques, avec les spécificités nécessaires à l'onco-hématologie.

- ↪ Traitement en fonction de la faisabilité soit sur l'hôpital d'origine, soit au CHSF pour les techniques les plus lourdes, avec une décision partagée.
 - ↪ Suivi si possible par la consultation avancée sur l'hôpital de départ.
 - ↪ Amélioration des structures d'aval grâce à une formation spécifique des praticiens travaillant dans ces services de médecine interne ou polyvalente.
- **Les modalités de prise en charge se doivent d'être adaptées aux pathologies rencontrées et à l'âge des patients.**
 - ↪ **Pour les syndromes lympho-prolifératifs**, les patients doivent avoir au minimum une consultation spécialisée, soit sur le CHSF soit dans le cadre d'une consultation avancée et les prélèvements biopsiques se doivent d'être relus par un service habitué et complétés si besoin pour analyse en biologie moléculaire.
 - ↪ **Pour les leucémies aiguës**, le recours se doit d'être systématique et en temps réel sur le CHSF.
 - ↪ **Pour les syndromes myélo-prolifératifs chroniques**, un réseau de cytologie doit être établi afin de permettre de faire des diagnostics et de proposer une stratégie thérapeutique sans avoir à déplacer de façon obligatoire le patient
 - ↪ **En pathologies hématologiques bénignes**, outre les consultations « tout venant » qui se doivent d'être assurées (4000 consultations par an), une activité se dégage, **la drépanocytose** qui fait l'objet d'un projet spécifique
 - **Organisation proposée pour mettre en place l'action départementale et inter départementale**
 - ↪ **Mise en place de consultations avancées**
 - ↪ **Il est bien entendu nécessaire** que seuls les patients nécessitant les soins les plus lourds recours soient gardés sur le site du CHSF, le retour coordonné vers la structure correspondante la plus proche du domicile du patient étant à prévoir dès que possible.
 - ↪ **Assurer un transfert des informations** médicalisées en temps réel
 - ↪ **participation aux RCP** des médecins référents sur les hôpitaux de la zone territoriale au mieux via un système de visio-conférence.
 - ↪ **Mettre en place des procédures** et organisations pour la circulation des patients
 - ↪ **Mettre en place une formation continue** et des réunions de bibliographie avec les sites partenaires
 - ↪ **S'agissant de maladies souvent chroniques** demandant une expertise particulière, il est indispensable de renforcer les coordinations et d'établir une continuité des soins, et créer des liens entre établissements de santé **à distance par télémedecine**

5) Moyens nécessaires pour assurer le développement de ce réseau inter hospitalier autour du CHSF pour la prise en charge de l'hématologie au Sud de l'île de France.

Il est impossible de mettre en place une organisation de ce type sans évaluer les moyens nécessaires pour sa réalisation, tant médicaux qu'organisationnels. Cela demandera :

- ↪ **L'augmentation du nombre de lits d'hospitalisations** à 18 lits conventionnels dont 8 lits de soins intensifs pour répondre à la demande
- ↪ **1 poste de Praticien Hospitalier** afin d'assurer les consultations avancées dans les hôpitaux généraux, l'articulation avec les services de soins de suite et développer les partenariats, les référentiels et les thesaurus au sein d'Essononco.
- ↪ **1 poste de secrétaire** pour assurer la saisie et le transfert en temps réel du dossier médical partagé, communiquant.
- ↪ **1 poste d'infirmière en hôpital de jour, dédié à l'hématologie clinique**, pour améliorer et renforcer le dispositif de la **consultation d'annonce**.
- ↪ **Du personnel soignant en hospitalisation conventionnel en nombre suffisant et adapté** aux critères admis pour les unités intensives (1 IDE pour 4 lits), selon le projet soignant présenté, sur un fonctionnement des unités d'hospitalisation en 12 heures.

Ces moyens paraissent indispensable pour répondre au cahier des charges de l'INCa dans la prise en charge des pathologies tumorales, et assurer le développement des hôpitaux généraux dans les actions territoriales de santé afin de permettre une qualité des soins répondant à l'évolution des techniques dans l'avenir.

Sans moyen supplémentaire, l'action restera au niveau de ce qu'elle est, avec liens téléphoniques et prise en charge du patient sur le CHSF en fonction de la disponibilité des lits

	OUVERTURE DES 18 LITS D'HEMATOLOGIE CONVENTIONNELLE Dont 8 lits de soins intensifs	
Date de mise en application :		Page 1 sur 97

Rédigé par :	Approuvé par :	Admis par :
Nom : Leconte Sylvie Date : janv. 2011 Signature :	Nom : Garnier *Sylvie Fonction : Cadre Sup du pôle n° 9 Date : Signature	Nom : Fonction : Date : Signature

3.1.1	Indice	Date	Objet – nature des modifications
A		Janv 2011	Création

I. Destinataires

Direction générale, Direction des ressources humaines, Direction des soins
 Chef et Cadre supérieur du pôle, Cadre de santé service Hématologie
 Equipe médicale Hématologie,

II. Situation actuelle

Capacité :

Unité de 14 lits d'hospitalisation HC comprenant :

- 11 lits Hématologie UF 6480
- 8 lits soins intensifs UF 6481

III. Besoins pour 19 lits dont 8 lits de soins intensifs

1. Effectif médical

Temps médical à préciser, par le D.Alain Devidas

2. Effectif paramédical

Cf. voir tableau effectif

3. Besoins équipement

- 2 lits à hauteur variable électrique
- 8 matelas TEMPUR à mémoire de forme
- 8 Plateaux petits déjeuners (couverts)

S.LECONTE CS et S. GARNIER CSS Pôle Pathologies tumorales

Janv 2011

ANNEXE 5

2 grands chariots modulaires de soins (praticdose)
2 satellites de soins
8 chariots à roulettes (UGAP en inox (35x40) double plateau))

4. Besoin Biomédical

- 1 Scope Mobile
- 2 tensiomètres programmables
- 6 pieds à perfusion pour les fauteuils
- 1 Pompe PCA (Type rythmic)
- 8 tablettes en inox fixation sur rail (format 50cm large x 40 profondeur)
- 5 pieds à perfusion à roulette avec tablette
- 5 pompes à perfusion (Braun « space »)
- 5 Rotamètre à O2 (0 à 15l)
- 2 Rotamètre à air
- 1 régulateur de vide (0.600Mbar)
- 2 portes sondes (1 compartiment mural)
- 2 thermomètres tympaniques

5. Besoins Plateau technique :

- Plages de pose de CIP et pose de cathéters centraux en Radiologie interventionnelle et bloc opératoire,
- Scanner et IRM,
- Besoin de réanimation en cas de complications ou d'aggravation des patients (nécessité d'équiper la réanimation en chambre à environnement maîtrisé)
- Laboratoire augmentation du nombre de bilans et révision de la dotation de matériel (hémocultures, écouvillons, pots stériles...)
- Pharmacie : Dotations DM et Médicaments à réajuster ; Augmentation des préparations de Cytostatiques mise en place de l'unité centrale de préparation de chimios.

Réajustements Logistiques : Dotations Magasins, Restauration, Brancardage.

RETENTISSEMENT SUR L'ACTIVITE DE L'HOPITAL DE JOUR HEMATOLOGIE

IV. Maîtrise du projet

Pour toute information complémentaire, joindre Mmes S. LECONTE et S. GARNIER (point sur les diverses commandes à prévoir).

	Règlement Intérieur HDJ Hématologie-Oncologie-Infectiologie	Direction générale
		RI/MEA/DIRG/040/B
Validation Direction		Page 3/97
Qualité	M SEMENCE responsable gestion documentaire : 16/08/2011	

Version	Date	Objet et Nature des modifications	Rédaction	Vérification	Approbation
A	Juillet 2011	Création	Encadrement paramédical et Chef de service	Le chef de service, Dir soins	Le chef de pôle
B	Février 2013	Modification	Encadrement Paramédical	Les chefs de service, Dir soins	Le chef de pôle

PREAMBULE

OBJET

Le présent document a été établi conformément à l'exigence des l'article D 6124-301 à 305 du Code de la Santé Publique qui précise que toute structure d'hospitalisation à temps partiel de jour doit disposer en propre d'un règlement intérieur, mentionnant notamment :

1. Les principes généraux du fonctionnement médical,
2. La qualification du Médecin Coordonnateur,
3. L'Organisation générale des présences et permanences des Personnels Médicaux et Paramédicaux mentionnés à l'article D 6124-303,
4. Les modalités de mise en œuvre de la permanence et de la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture de la structure mentionnés à l'article D 6124-304,
5. Les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux en application des dispositions des articles R. 1112-1 à R 1112-9.

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR - APPLICATION

Ce règlement intérieur s'impose à tous ceux qui participent ou sont associés à l'activité d'HDJ pendant la durée d'ouverture de la structure.

Le présent règlement intérieur entrera en vigueur au sein de la structure à partir du 1^{er} mars 2013 suite aux modifications.

MODIFICATIONS DU REGLEMENT INTERIEUR

En cas de besoin, le règlement intérieur pourra être modifié selon la même procédure que pour son élaboration initiale. Il sera réajusté à chaque ré organisation.

CHAPITRE 1

PRINCIPES GENERAUX DU FONCTIONNEMENT MEDICAL DE LA STRUCTURE

ARTICLE 1

PRESENTATION DE LA STRUTURE

L'hôpital de jour des Pathologies Tumorales se situe au niveau 0 du pôle D.

Le service comprend 24 lits et places :

- 12 d'oncologie médicale (4 lits et 8 fauteuils)
- 12 d'hématologie clinique (9 lits et 3 fauteuils)

ANNEXE 6

Le service appartient au Pôle Pathologie Tumorale et Hématologie Clinique qui comprend : l'Oncologie Médicale, l'Hématologie Clinique, l'Equipe Mobile d' Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP), le CCC, la consultation de Radiothérapie. Ce pôle est sous la responsabilité du Dr JACOB.

ARTICLE 2

PRINCIPES GENERAUX DE FONCTIONNEMENT

Le service est ouvert de 8H30 à 18H du lundi au vendredi (sauf jours fériés).

Il assure des missions relevant de deux spécialités : hématologie clinique et oncologie.

Le service comprend les locaux dédiés et les moyens matériels nécessaires à l'accueil du patient et sa prise en charge dans le respect de sa sécurité, son confort, le respect de ses droits (intimité, dignité), conformément aux exigences de l'article D 6124-301 et 302 du CSP.

Il est agencé et équipé de manière à assurer:

- 1 – L'accueil et le séjour des patients, et d'une éventuelle personne accompagnante
- 2 – L'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins,
- 3 – La surveillance et le repos nécessaires à chaque patient,

L'entretien de ces locaux et matériels respectent la réglementation applicable et les règles établies au CHSF.

Le service a recours aux éléments du plateau technique du Centre Hospitalier (Imagerie, Laboratoires, Pharmacie).

Il collabore avec

- Les différents acteurs de soins (brancardiers, diététicienne, psychologue, infirmière douleur aigue, kinésithérapeute...),
- Les acteurs sociaux,
- L'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP),
- La consultation de radiothérapie, les services de spécialité d'organes,
- Les structures spécifiques à l'hématologie,
- Les réseaux de soins à domicile.

Le service dispose d'une organisation et du matériel nécessaire pour la prise en charge d'une situation d'urgence (un chariot d'urgence et un défibrillateur positionné dans le secteur d'Oncologie).

La centralisation des reconstitutions de cytotoxiques est réalisée sur le site Gilles de Corbeil. Le transport des produits est organisé par le service de pharmacie : containers individualisés et scellés ; navettes 3 fois par jour jusqu'au NH ; réception puis acheminement jusqu'aux services par personnel de la pharmacie. Le contrôle et la traçabilité des réceptions de chimiothérapies sont réalisés par les Infirmières de l'HDJ (hématologie, oncologie).

Le bio nettoyage de ce service est effectué par l'équipe d'Agents des Services Hospitaliers du pôle D niveau 0 sous la responsabilité de l'intendante du secteur ; les horaires de permanence sont de 13h30 à 20h avec possibilité sur demande urgente d'intervenir en matinée.

Dans le cadre du NH, les espaces, locaux et équipements ont donné lieu à une période d'adaptation, de réajustements et d'appropriation des installations (internes et externes au service).

L'activité programmée des 3 spécialités a repris rapidement. Des réunions ont permis de faire des points d'étape, de recenser les dysfonctionnements redondants, de faire évoluer l'organisation interne et d'obtenir des réajustements logistiques, de locaux communs internes, d'informatique...

Les dispositifs médicaux et équipements sont majoritairement regroupés dans les postes de soins fermant à clef. Les bureaux médicaux sont fermés à clefs. Le local d'archivage du service possède un accès sécurisé. Cet HDJ en pôle D bénéficie de la proximité des services du plateau technique (laboratoire, imagerie médicale, pharmacie) et du magasin général.

En zone palière se situe les locaux communs des unités environnantes : office alimentaire, dotation de consommables et de linge propre, locaux déchets et linge souillés.

ARTICLE 3

ORGANISATION MEDICALE – PRINCIPES GENERAUX DE FONCTIONNEMENT

3.1 Composition équipe médicale

La prise en charge médicale est assurée par :

ONCOLOGIE :

- Dr EZENFIS chef de service d'Oncologie Médicale
- Dr AGNE Mahamadou : Praticien Attaché
- Dr BATHILY Tambo : Praticien Attaché
- Dr LECOUTURIER Sylvie : Praticien Attaché

HEMATOLOGIE CLINIQUE:

- Dr DEVIDAS Alain : PH Chef de service d'Hématologie Clinique
- Dr CEREJA Sophie : PH
- Dr JOLY Bertrand : PH
- Dr PETITDIDIER Charlotte : PH

MALADIES INFECTIEUSES :

- Dr CHEVOJON Pierre : PH
- Dr CHABROL : PH

3.2 Principes généraux de fonctionnement

Oncologie :

- Le secteur HDJ Oncologie est ouvert du Lundi au Vendredi.
- Pas de fermeture prévisionnelle sur l'année.
- Protocoles de chimiothérapies informatisés.
- Le fonctionnement médical est organisé en binôme : deux praticiens sur les journées.
- La prise en charge des patients programmés comprend :
 - L'inclusion des protocoles chimio par l'Oncologue (au regard des résultats biologiques) sont envoyés la veille en pharmacie pour validation du lancement des préparations (centralisation),
 - Les «accords pour chimio» sont donnés par l'Oncologue après l'examen clinique satisfaisant du patient.Si contre-indication pour le traitement prévu : organisation du suivi du patient et reprogrammation de la séance.
 - Compte rendu de chaque passage dans le dossier médical du patient.
- Si le patient ne peut pas sortir, la continuité de sa prise en charge est organisée dans les services de spécialité d'organe ou de Médecine ou dans le service d'hospitalisation d'Oncologie.

Hématologie Clinique :

- Le secteur HDJ Hématologie est ouvert du Lundi au Vendredi.
- Pas de fermeture prévisionnelle sur l'année.
- Protocoles de chimiothérapies informatisés.
- Les reconstitutions centralisées de chimiothérapie suivent le processus validé avec la Pharmacie («accords pour chimio» par l'Hématologue, validation et lancement par le pharmacien).
- Prise en charge des patients programmés par l'Hématologue référent du patient (ou en fonction des présences médicales afin de garantir la continuité des soins).
 - Traçabilité Médicale de chaque passage dans le dossier du patient.
 - Si le patient ne peut pas sortir, la continuité de sa prise en charge est organisée dans le service d'Hématologie Conventionnel.

CHAPITRE 2 QUALIFICATION DU MEDECIN COORDONNATEUR

Responsables Médicaux de chaque spécialité :

-Hématologie : Dr JOLY Bertrand.

-Oncologie : Drs AGNE et BATHILY

CHAPITRE 3 ORGANISATION GENERALE DES PRESENCES ET PERMANENCES DES PERSONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

ARTICLE 3-1

PRESENCE ET PERMANENCE DES PERSONNELS MEDICAUX

Conformément à l'article D 6124-303 du Code de la Santé Publique, le service organise un système de présence et de permanence médicale respectant les conditions suivantes :

Pendant les heures d'ouverture de la structure, présence minimale permanente d'un médecin qualifié de la discipline concernée

*** Tableau Hebdomadaire de service en HDJ Oncologie:**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
-Dr AGNE Mahamadou : -Dr BATHILY Tambo :	-Dr AGNE Mahamadou -Dr BATHILY Tambo :	-Dr AGNE Mahamadou -Dr BATHILY Tambo : -Dr LECOUTURIER Sylvie	-Dr AGNE Mahamadou -Dr BATHILY Tambo :	-Dr AGNE Mahamadou -Dr BATHILY Tambo :

*** Tableau Hebdomadaire de service en HDJ Hématologie :**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Dr CEREJA S Dr JOLY B Dr PETITDIDIER C	Dr CEREJA S Dr CHEVOJON P Dr DEVIDAS A Dr PETITDIDIER C	Dr CEREJA S Dr DEVIDAS A Dr JOLY B	Dr CEREJA S Dr CHABROL A Dr DEVIDAS A Dr JOLY B	Dr CEREJA S Dr DEVIDAS A Dr JOLY B

ARTICLE 3-2

PRESENCE ET PERMANENCE DES PERSONNELS PARAMEDICAUX

Conformément à l'article D 6124-303 du Code de la Santé Publique, le service a organisé le système de présence et de permanence des personnels paramédicaux.

La prise en charge des patients est assurée par des IDE, des AS et une secrétaire hospitalière sous la responsabilité d'un cadre de santé pour chacune des spécialités. Chaque Cadre travaille en transversalité également sur le secteur d'hospitalisation conventionnelle sous l'autorité du cadre supérieur du pôle.

ANNEXE 6

Ce personnel dédié à l'HDJ, est formé et polyvalent sur les 2 spécialités. A sa prise de fonction dans le service, il est encadré un mois avec une évaluation des compétences.

La coordination et la continuité des prises en charge spécifiques a fait l'objet d'une réflexion en interne dans le cadre du projet de soins des deux services (HDJ, HC) avec la définition d'un profil de poste IDE en transversalité.

Un plan de formation est recueilli auprès des agents au cours de l'évaluation annuelle et des objectifs à atteindre, en fonction des besoins individuels et collectifs ; Ce plan est argumenté par le Cadre de pôle auprès des responsables du service de formation continue ; il est mis en œuvre dès validation institutionnelle.

Tableau de service HDJ Médecine Tumorale :

	Ouverture	Journée	Fermeture
Lundi au Vendredi (secteurs Hématologie et Oncologie)	2 IDE 1AS	2 IDE 1 AS 1 Secrétaire Hospitalière	2 IDE 1 AS

- Les horaires de l'HDJ sont couverts par des factions en 7h36 :

	IDE	AS	Secrétaire Hospitalière
Ouverture	8h30 – 16h06	8h – 15h36	
Journée	9h30 – 17h06	9h – 16h36	8h30-16h06
Fermeture	10h24 – 18h	10h24 – 18h	

- Les plannings respectent les modalités de la Charte du temps de travail.
- Les IDE sont positionnés pendant minimum 2 semaines dans une même spécialité.
- La polyvalence IDE et l'entraide organisées avec le service d'HC permettent de réajuster le tableau de service afin d'assurer la continuité et la sécurité des prises en charges spécifiques des patients.

La prise en charge des patients comprend :

- L'accueil et le confort du patient durant son séjour ; la saisie de son passage.
 - l'organisation des programmations des patients pour les séances et les séjours d'HDJ,
 - l'anticipation et la coordination des prises de rendez-vous pour la réalisation d'explorations complémentaires sur toute ou partie de son séjour,
 - la transmission au patient des informations complémentaires ou changements de séance ou de séjour par téléphone et / ou par courrier,
 - l'administration et la surveillance des traitements, des protocoles de chimiothérapies, des dérivés sanguins,
 - la réalisation des bilans complémentaires (biologiques et immunologiques, radiologiques, explorations),
 - l'information et l'éducation des patients,
 - l'organisation des interventions des paramédicaux pour répondre aux besoins du patient (soins de support),
 - les demandes d'alternatives à l'hospitalisation (HAD, prestataires au domicile, structures d'hébergement, réseau SP et USP...),
 - l'organisation de la sortie (convocations, ordonnances, modalités de retour et / ou transfert, informations complémentaires),
 - la traçabilité des données relatives au séjour du patient, dans le dossier de soins.
 - Le classeur du patient est archivé dans le service afin de permettre un accès rapide aux données lors d'hospitalisations non programmées.
- Les consultations infirmières d'accompagnement à l'annonce du diagnostic en cancérologie sont programmées les après-midis du mardi au vendredi dans ce service pour l'hématologie ou bien avec l'IDE d'annonce pour l'oncologie médicale.

Les personnels paramédicaux référents pour ce service d'HDJ :

ANNEXE 6

- **CLAN** : Mme ROGER J (AS)
- **CLUD** : Mme GENDROP A.
- **Hémovigilance** : Mme CROCHET E (IDE)
- **Correspondants HYGIENE** : Mmes MARTIN BECHECCI I (AS), BRULET E (IDE), HOMO L (IDE)

CHAPITRE 4

PRESENCE ET CONTINUTE DES SOINS EN DEHORS DES HEURES D'OUVERTURE DE LA STRUCTURE

En cas de complications nécessitant une hospitalisation le patient est transféré en service conventionnel d'hématologie ou bien d'oncologie ou dans un service d'hébergement de spécialité d'organe.

CHAPITRE 5

MODALITES DE CONSTITUTION ET DE COMMUNICATIONS DES DOSSIERS MEDICAUX

La structure établit pour chaque patient un dossier médical dont les modalités de constitution et de communication respectent les dispositions réglementaires fixées par les articles R 710-2-1 à R 710-2-10 du Code de la Santé Publique.

ARTICLE 5-1

MODALITES DE CONSTITUTION DES DOSSIERS MEDICAUX

Le dossier médical est élaboré sous la responsabilité des praticiens qui concourent à la prise en charge de l'intervention, il comprend les éléments requis et satisfait aux critères de chimiothérapie définis par l'INCa

Oncologie :

Le dossier médical de chaque patient contient un onglet INCa avec présence de :

- Fiche RCP, CR d'Anatomopathologie, lettre médecin traitant, CR de la consultation d'Annonce Médicale, feuille de surveillance des marqueurs tumoraux, double des traitements de chimiothérapie prescrits et reçus.
- Si accord patient : CR de la consultation infirmière d'accompagnement à l'annonce du diagnostic en cancérologie.
- Chaque passage du patient donne lieu à une observation type.

Hématologie :

- Un dossier médical pour chaque patient.
- Traçabilité médicale à chaque passage du patient.
- Présence des fiches RCP, CR d'Anatomopathologie, suivis biologiques, courriers médecins...

ARTICLE 5-2

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX

La communication du dossier médical intervient, dans le respect du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 et se fait selon la procédure existante au CHSF (Procédure de transmission des dossiers patients T/DPA/DAMG/001/B).

ANNEXE 7

 <p>Centre Hospitalier de Francilien</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL VAL DE MARNE</p>
Mise à jour : septembre 2013	Année universitaire 2013-2014	Page 1 sur 1

Commanditaire	Christine NALLET, Coordonnateur général des soins
Nom du responsable du projet	Sylvie LECONTE
Missions du responsable de projet	Cadre de santé, secteur d'hospitalisation d'hématologie clinique et hôpital de jour.
Moyens alloués	1 à 2 semaines par mois de cours : apports théoriques et méthodologiques
Modalités de reporting	Rencontres avec le CGS pour suivi du projet
Durée	Septembre 2013 à mai 2014
Documents de référence	Note de cadrage rédigée par le responsable du projet et remis à l'UPEC/ESM le 6 octobre 2013
Date : 28/10/13	Date : 28/10/2013
Signature du commanditaire 	Signature du responsable de projet 

<p align="center">Logo de votre structure</p>	<p align="center">Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p align="center">Année universitaire 2013-2014</p>	<p align="right">Page 10 sur 97</p>

8. POLE OU SERVICE POLE MEDECINE DE SPECIALITES

Nom : LCONTE

Prénom : SYLVIE

Fonction : Cadre de Santé Hématologie clinique (hospitalisation conventionnelle, soins intensifs, Hôpital de Jour)

Courriel : sylvie.leconte@yahoo.fr

Tél : 06.50.78.16.39

NOTE de CADRAGE	
Intitulé du projet	Impact de l'extension de lits en Hématologie hospitalisation et soins intensifs (passage de 14 lits à 19 lits) sur l'activité du service de l'hôpital de jour d'hématologie clinique.
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Direction des soins et Encadrement Supérieur du Pôle.
Chef de projet ou équipe projet – Animation du projet	Sylvie Leconte
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernés ou personnes ressources	Direction des soins, DRH, DIM, Service d'information, Equipe médicale et paramédicale de l'HDJ, secrétariat du service (stats)
Origine du projet / Argumentaire / Liens avec actions/projets en cours	Extension du service d'hospitalisation fin 2013/ augmentation de 5 lits (3 conventionnels, 2 soins intensifs)/incidence sur le service ambulatoire d'hématologie clinique : moyens architecturaux, moyens RH, prestataires (pharmacie, laboratoire, imagerie exploratrice et/ou interventionnelle, soins de support : diététique, psychologique,)/ réseaux de ville, HAD /organisation soins, médicale, circuit patient (ETP suivi téléphonique des patients suivis)

<p align="center">Logo de votre structure</p>	<p align="center">Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p align="center">Année universitaire 2013-2014</p>	<p align="right">Page 11 sur 97</p>

Périmètre du projet et population concernée	Service d'hématologie/ activité d'hématologie ambulatoire (séances et actes onéreux et peu onéreux. Equipe paramédicale, et médicale,
Objectif primaire	Estimation de l'activité de manière prospective.
Objectif secondaire	Les besoins créés par l'augmentation d'activité chiffrable.
Contraintes	Base de chiffres actuels : file active HDJ, nbre de nouveaux patients, proportion suivi en ambulatoire, estimation horizon 2014, horizon 2015 Données variables selon le type de pathologies (aigue, ou chronique)
Ressources documentaires	Base de données institutionnelle PMSI, DIM sur l'activité, Base législative sur le fonctionnement des services ambulatoires.
Modalités de travail Méthodologie utilisée	Tableau de bord, avec identifications d'indicateurs. Identifier une source de données existante (file active, taux d'occupation, tarification (nbre de séances chimio, transfusion,) utilisation des chiffres 2012,2013
Echéance/Calendrier	Diagramme de Gant à élaborer pour gestion des étapes
Résultats attendus	Pouvoir répondre à la question de départ afin de préparer la réponse adaptée cette modification potentielle d'activité en termes de moyens et d'organisation.(type de séjour, séances/hdj, consultations), horaires de fonctionnement du service, horaires de travail des agents, conséquences sur l'offre de soins programmés et pour répondre à l'urgence selon la réglementation
Modalités d'évaluation (indicateurs) /suivi	activité

9. service POLE MEDECINE DE SPECIALITES

Pôle ou

Nom : LCONTE

Prénom : SYLVIE

Fonction : Cadre de Santé Hématologie clinique (hospitalisation conventionnelle, soins intensifs, Hôpital de Jour)

ANNEXE 8

<p align="center">Logo de votre structure</p>	<p align="center">Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p align="center">Année universitaire 2013-2014</p>	<p align="right">Page 12 sur 97</p>

Courriel : sylvie.leconte@yahoo.fr

Tél : 06.50.78.16.39

<p align="center">NOTE de CADRAGE</p>	
<p>Intitulé du projet</p>	<p>Impact de l'extension de lits en Hématologie hospitalisation et soins intensifs (passage de 14 lits à 19 lits) sur l'activité du service de l'hôpital de jour d'hématologie clinique.</p>
<p>Responsable(s) du projet (validation des étapes)</p>	<p>Direction des soins et Encadrement Supérieur du Pôle.</p>
<p>Chef de projet ou équipe projet – Animation du projet</p>	<p>Sylvie Leconte</p>
<p>Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernés ou personnes ressources</p>	<p>Direction des soins, DRH, DIM, Service d'information, Equipe médicale et paramédicale de l'HDJ, secrétariat du service (stats)</p>
<p>Origine du projet / Argumentaire / Liens avec actions/projets en cours</p>	<p>Extension du service d'hospitalisation fin 2013/ augmentation de 5 lits (3 conventionnels, 2 soins intensifs)/incidence sur le service ambulatoire d'hématologie clinique : moyens architecturaux, moyens RH, prestataires (pharmacie, laboratoire, imagerie exploratrice et/ou interventionnelle, soins de support : diététique, psychologique,)/ réseaux de ville, HAD /organisation soins, médicale, circuit patient (ETP suivi téléphonique des patients suivis)</p>
<p>Périmètre du projet et population concernée</p>	<p>Service d'hématologie/ activité d'hématologie ambulatoire (séances et actes onéreux et peu onéreux. Equipe paramédicale, et médicale,</p>
<p>Objectif primaire</p>	<p>Estimation de l'activité de manière prospective.</p>
<p>Objectif secondaire</p>	<p>Les besoins créés par l'augmentation d'activité chiffrable.</p>
<p>Contraintes</p>	<p>Base de chiffres actuels : file active HDJ, nbre de nouveaux patients, proportion suivi en ambulatoire, estimation horizon 2014, horizon 2015 Données variables selon le type de pathologies (aigue, ou chronique)</p>
<p>Ressources documentaires</p>	<p>Base de données institutionnelle PMSI, DIM sur l'activité, Base législative sur le fonctionnement des services ambulatoires.</p>
<p>Modalités de travail Méthodologie utilisée</p>	<p>Tableau de bord, avec identifications d'indicateurs. Identifier une source de données existante (file active, taux d'occupation, tarification (nbre de séances chimio, transfusion,)) utilisation des chiffres 2012,2013</p>
<p>Echéance/Calendrier</p>	<p>Diagramme de Gant à élaborer pour gestion des étapes</p>

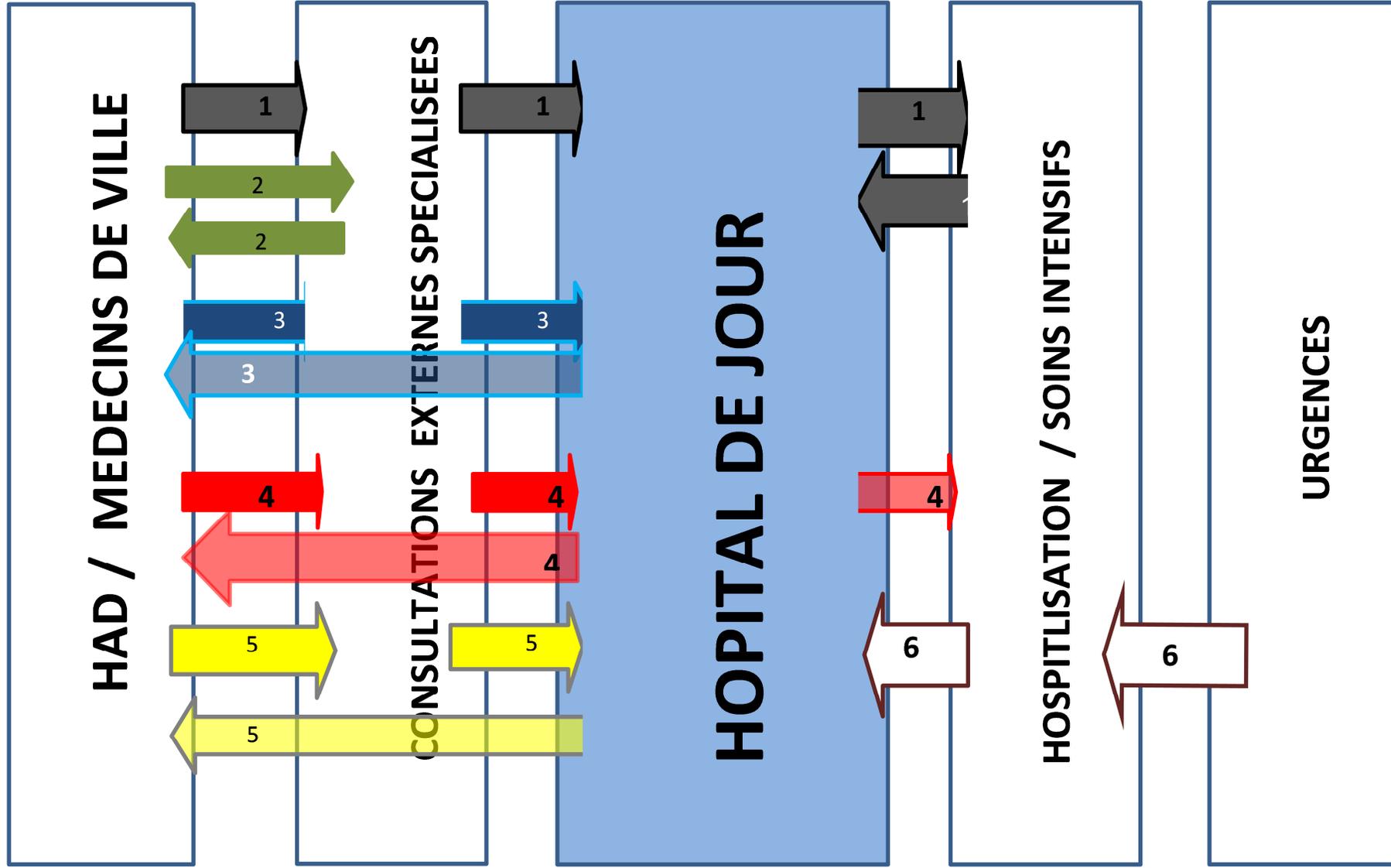
ANNEXE 8

<p>Logo de votre structure</p>	<p>Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p>Année universitaire 2013-2014</p>	<p>Page 13 sur 97</p>

<p>Résultats attendus</p>	<p>Pouvoir répondre à la question de départ afin de préparer la réponse adaptée cette modification potentielle d'activité en termes de moyens et d'organisation.(type de séjour, séances/hdj, consultations), horaires de fonctionnement du service, horaires de travail des agents, conséquences sur l'offre de soins programmés et pour répondre à l'urgence selon la réglementation</p>
<p>Modalités d'évaluation /suivi (indicateurs)</p>	<p>activité</p>

ANNEXE 10

DIFFERENTS PARCOURS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS D'HEMATOLOGIE CLINIQUE





42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@13-14**

TITRE DU MEMOIRE

REPENSER L'AMBULATOIRE EN HOPITAL DE JOUR D'HEMATOLOGIE CLINIQUE

AUTEUR

LECONTE SYLVIE

MOTS-CLES

ACTIVITE AMBULATOIRE
IMPACT, PARCOURS PATIENT

KEYWORDS

Outpatient hematology unit
Impact, data collection about activity

RESUME

Ce travail est une étude actuelle et prospective de l'impact de l'extension d'activité d'un secteur d'hospitalisation conventionnelle d'hématologie clinique sur le secteur ambulatoire de la même spécialité. Une analyse des chiffres d'activité est faite sur l'année 2013 et à un an. Il s'agit de présenter les actions qui peuvent être mises en place en hôpital de jour pour absorber l'augmentation d'activité secondairement générée par cette modification du nombre de lits d'hospitalisation. Les parcours de soins sont identifiés et analysés. Les dimensions organisationnelles, managériales, ressources humaines ainsi que qualité sont développées. Comment accompagner les équipes soignantes, et répondre aux exigences institutionnelles ainsi qu'à la satisfaction des usagers dans le contexte politique, économique, démographique que nous connaissons actuellement. A l'heure où des hôpitaux ferment des lits pour les remplacer par des places d'ambulatoire, la situation est ici l'inverse et l'incidence très importante pour l'augmentation de l'activité et du nombre de patients pris en charge.

ABSTRACT

objective : this paper explores the evaluation about the impact of the increase in number of hematology hospitalisation and beds expansion (8 beds to 11 beds) on the outpatient hematology unit which shares common means.

design : collecting activity indicators. Activity data collection in 2013 and 2014 beginning.

setting : The New general hospital in which has 1000 beds

people : hematology patients file.

Main outcome measure : How many patients can be nursed in ambulatory care unit with more activity in the hospitalisation unit ? Some patients come in the hospitalisation unit for the first treatment of tumoral syndrom. After this first hospitalization, they will go to the ambulatory unit to continue the same treatment. We have to adapt care organisation to improve patient scheduling. Actually, beds are closed in many hospitals because they do not have enough activity, enough patients. It is important nowadays to find ways to respect political demand.