



Formation & Recherche en Soins

# Restructuration de l'organisation de l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique sur un secteur dédié



Cécile OLIVERES

MTMOS 2014-2015



## Remerciements

- À l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'École Supérieure de Montsouris et aux différents intervenants du Master, pour leur disponibilité et leur accompagnement tout au long de la formation ;
- À l'ensemble de la promotion pour cet esprit de cohésion et d'encouragement que nous avons su créer et sur lequel nous avons pu nous appuyer à tout moment ;
- À l'ensemble des équipes du pôle femme-enfant, et plus particulièrement celles du secteur enfant, pour leur participation à ce projet, leur soutien et leur bienveillance tout au long de la formation ;
- À mes amis et collègues pour leur compréhension et leur écoute ;
- À ma famille pour sa disponibilité, sa patience, son soutien et sa confiance sans faille.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Cadre législatif</b> .....	<b>5</b>
1.1 Les lois relatives à la santé .....	5
1.2 L'hospitalisation de jour .....	6
1.3 Le cancer de l'enfant dans le Plan Cancer 2014-2019 .....	7
1.4 Le développement professionnel continu.....	8
1.5 Le projet régional de santé d'Ile-de-France.....	9
<b>2 L'hôpital Simone VEIL – GHEM</b> .....	<b>10</b>
2.1 Présentation de la structure et de son environnement.....	10
2.1.1 <i>Le territoire de santé</i> .....	10
2.1.2 <i>L'organisation des soins</i> .....	11
2.1.3 <i>L'activité</i> .....	12
2.1.4 <i>Les moyens</i> .....	13
2.2 Le secteur pédiatrique et l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique .....	14
2.2.1 <i>Le secteur pédiatrique</i> .....	14
2.2.2 <i>L'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique</i> .....	17
<b>3 Restructuration de l'organisation de l'activité d'hospitalisation de jour d'oncologie pédiatrique, sur un secteur dédié</b> .....	<b>21</b>
3.1 L'origine du projet.....	21
3.2 Les objectifs du projet .....	22
3.2.1 <i>Objectif principal</i> .....	22
3.2.2 <i>Objectifs opérationnels</i> .....	22
3.3 Les enjeux du projet .....	22
3.3.1 <i>Pour l'établissement</i> .....	22
3.3.2 <i>Pour l'HDJ pédiatrique</i> .....	23
3.3.3 <i>Pour les professionnels</i> .....	23
3.3.4 <i>Pour les patients et leur entourage</i> .....	24
3.4 Les modalités de mesure de résultats.....	24
3.4.1 <i>Indicateurs de l'impact du projet sur l'organisation de l'HDJ d'oncologie pédiatrique</i> .....	24
3.4.2 <i>Indicateurs de l'impact du projet sur les professionnels :</i> .....	25
<b>4 La méthodologie du projet</b> .....	<b>26</b>
4.1 Cadre conceptuel .....	26
4.1.1 <i>Les ressources humaines</i> .....	26
4.1.2 <i>La compétence</i> .....	29
4.1.3 <i>Le management du travail</i> .....	32
4.2 La mise en œuvre de la méthodologie du projet.....	34
4.2.1 <i>Les acteurs</i> .....	34
4.2.2 <i>Les outils</i> .....	34

4.3	L'organisation de l'activité par processus .....	36
4.3.1	<i>La programmation des séances</i> .....	36
4.3.2	<i>Le parcours de soins</i> .....	38
4.3.3	<i>Les traçabilités post-séance</i> .....	40
4.4	L'organisation des ressources humaines.....	41
4.4.1	<i>Analyse de l'organisation</i> .....	41
4.4.2	<i>Les outils pour accompagner les équipes</i> .....	43
<b>5</b>	<b>Les résultats du projet</b> .....	<b>47</b>
5.1	Les processus organisationnels de l'activité HDJ oncologie pédiatrique .....	47
5.1.1	<i>Le fonctionnement de l'hôpital de jour</i> .....	47
5.1.2	<i>Caractérisation des processus organisationnels</i> .....	47
5.1.3	<i>Les mesures de l'activité</i> .....	52
5.1.4	<i>Évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels</i> .....	54
5.2	L'organisation des ressources humaines.....	54
5.2.1	<i>La cartographie des compétences des professionnels de pédiatrie</i> .....	54
5.2.2	<i>Le processus de professionnalisation et d'habilitation</i> .....	56
5.2.3	<i>Évaluation de la satisfaction des professionnels</i> .....	57
	<b>Conclusion</b> .....	<b>58</b>
	<b>Liste des acronymes</b> .....	<b>61</b>
	<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>62</b>
	<b>Annexes</b> .....	

## Introduction

Depuis près de vingt ans, les établissements hospitaliers publics vivent de réelles mutations dans leur structuration et leurs activités. Les trois ordonnances, dites « Juppé », du 24 avril 1996, visaient à maîtriser les dépenses de santé et à adapter l'offre de soins aux besoins de la population mais également à réformer l'hospitalisation publique et privée.

Très rapidement, de nouvelles organisations se sont mises en place : des modifications d'activités, des fusions d'établissements, etc., auxquelles l'ensemble de la communauté hospitalière a dû s'adapter.

Ces changements profonds pour l'hospitalisation publique s'accélérent depuis dix ans. Une concomitance de textes législatifs promulgués poursuit l'objectif initié en 1996. Les orientations de la stratégie nationale de santé, déclinées dans les projets régionaux de santé par les agences régionales de santé et donc dans les établissements de santé, visent à réorganiser les secteurs d'activités, à développer les circuits de soins en ambulatoire et à promouvoir les soins de proximité. C'est ainsi que l'organisation interne de l'hôpital a évolué avec la mise en place des pôles d'activité en 2007, dont le rôle a été accentué par la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, parue en juillet 2009. Le but visé est de répondre à des objectifs de qualité des soins mais aussi de maîtrise des coûts.

Cette démarche s'appuie et se prolonge au travers de la certification des établissements de santé depuis 2007 ainsi que par l'instauration progressive, jusqu'à être totale en 2008 pour les établissements publics, de la tarification à l'activité.

Ces évolutions sont à l'origine de nombreux bouleversements tant organisationnels que managériaux au sein des établissements de santé et ce, d'autant plus, que les contraintes médico-économiques se majorent. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale indiquait un taux de croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,4% pour l'année 2014. Pour répondre à la demande de réduction des coûts au niveau national, le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 prévoit un taux de croissance annuel de l'ONDAM de 2% en moyenne entre 2015 et 2017 (2,1% de croissance en 2015, 1,9% en 2017), ce qui correspondrait à une économie totale de 10 milliards d'euros sur la période.

C'est dans ce contexte contraignant et pour répondre aux attentes de la stratégie nationale de santé en termes d'offre de soins, de qualité des soins et de gestion financière, que se situe l'hôpital Simone VEIL – Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency.

L'activité pédiatrique développée au sein de l'hôpital participe à cette orientation en proposant une offre de soins reconnue grâce au recours à des praticiens spécialisés dans les pathologies de l'enfant et de l'adolescent. Les maladies chroniques, leur traitement et leur prévention font partie intégrante des affections qui sont prises en charge dans le champ de l'activité du service de pédiatrie. Le cancer de l'enfant est une de ces maladies. L'offre de proximité que représente le centre hospitalier Simone VEIL est une plus-value pour le suivi et le confort de vie du patient et de son entourage.

Les équipes médicales et non médicales du secteur pédiatrique sont mobilisées et partie prenante dans le développement de prises en charge de qualité. L'arrivée de nouveaux professionnels ainsi que le transfert du pôle femme-enfant fin novembre 2014 dans un nouveau bâtiment ont été une opportunité de repenser l'organisation de l'activité d'hospitalisation de jour d'oncologie pédiatrique, sur un secteur géographique dédié.

Pour mettre en œuvre ce projet de restructuration, il nous est nécessaire de rappeler dans un premier temps le cadre législatif dans lequel il se positionne afin d'en saisir toutes les implications.

Puis dans une deuxième partie, une présentation plus précise et locale du contexte du projet est réalisée. Il s'agit de décrire aussi clairement que possible l'hôpital Simone VEIL – GHEM, le secteur pédiatrique et l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique.

Le projet de restructuration de l'organisation est ensuite caractérisé que ce soit par son origine, ses objectifs, ses enjeux et les modalités de mesure de résultats.

La démarche entreprise fait l'objet d'une méthodologie qui est spécifiée dans une quatrième partie. Elle s'appuie sur un cadre conceptuel, une mise en œuvre définie, une approche de l'organisation de l'activité par processus et sur le management de l'organisation des ressources humaines inhérentes.

Enfin, la dernière partie du développement est consacrée aux premiers résultats du projet sur les deux axes identifiés : les processus organisationnels de l'activité d'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique et l'organisation des ressources humaines.

# 1 Cadre législatif

Afin de définir et de positionner le projet traité dans ce travail, nous allons le replacer dans le contexte législatif. Nous évoquerons les récentes lois relatives à la santé, le cadre législatif de l'hospitalisation de jour, le cancer de l'enfant dans le Plan Cancer 2014-2019, le développement professionnel continu et enfin, le projet régional de santé d'Ile-de-France.

## 1.1 Les lois relatives à la santé

Le titre II de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), vise à l'amélioration de l'accès de tous à des soins de qualité.

L'organisation des soins est faite par les agences régionales de santé (ARS) au niveau territorial, conformément au schéma régional d'organisation des soins. Les structures alternatives à l'hospitalisation complète, comme les hôpitaux de jour, sont définies spécifiquement. Les coopérations entre professionnels, entre les établissements et avec les réseaux de santé sont précisées. Ce qui permet un meilleur maillage des ressources de santé au sein des territoires et une clarification de l'offre de soins sur ces mêmes territoires, ainsi qu'une amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Le développement professionnel continu est présenté et déterminé de façon très précise et explicite. Il concerne aussi bien les professionnels médicaux que tous les autres professionnels de santé.

Le titre IV, quant à lui, aborde l'organisation territoriale du système de santé. Il présente les agences régionales de santé, leurs missions, leur organisation. Il développe aussi la politique régionale de santé qui se décline au niveau du projet régional de santé (PRS).

Le projet de la nouvelle loi santé de 2015, portant sur la modernisation du système de santé, s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé qui a pour ambition de définir un cadre à l'action publique pour les dix prochaines années. Il s'articule autour de trois grands axes : renforcer la prévention, faciliter l'accès aux soins de proximité et innover pour consolider l'excellence du système de santé français.

L'article 27 du projet de loi met en avant la nécessité pour les établissements publics de santé d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire. Celui-ci a « *pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre*

*établissements* ». Cette démarche s'inscrit dans la territorialisation de la politique de santé et plus spécifiquement dans le projet régional de santé, tel qu'il est défini dans l'article 38.

Par ailleurs, l'article 26 met en évidence la nécessité de poursuite de la formation des professionnels dans le fait que « *l'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, [...] et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances* ». L'article 28 précise que le développement professionnel continu constitue une obligation pour les professionnels de santé.

## 1.2 L'hospitalisation de jour

Pour répondre à la demande de développement de l'ambulatoire, l'hôpital de jour (HDJ) est une des offres de prises en charge possible. Il est défini par l'article D.6124-301 du code de la santé publique (CSP), qui régit les structures alternatives à l'hospitalisation complète et qui a été modifié par le décret n°2012-969 du 20 août 2012 sur certaines techniques de fonctionnement.

Selon l'article 2 du décret, l'HDJ doit faire l'objet d'une organisation spécifique, et disposer de « *moyens dédiés en locaux et en matériel. [Il] dispose également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D.6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel* »<sup>1</sup>. En outre, « *cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D.6124-303, des personnels exerçant en hospitalisation complète sur le même site* ».

Par ailleurs, le contenu de la charte de fonctionnement est précisé par l'article 6. Celle-ci contient entre autres, l'organisation de la structure, les indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins, l'organisation générale des personnels et les formations nécessaires (« *en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de la structure* »<sup>2</sup>). Cette charte doit être envoyée par le directeur de l'établissement à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et être « *actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins* »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation*, Article 2.

<sup>2</sup> Ibid., Article 6.

<sup>3</sup> Ibid., Article 6.

### 1.3 Le cancer de l'enfant dans le Plan Cancer 2014-2019

Tous les ans, près de 2000 à 2500 diagnostics de cancer sont posés chez l'enfant et chez l'adolescent, soit un risque annuel d'environ 1/500 à 1/600 enfants de la naissance à 18 ans. Les principaux cancers chez l'enfant de moins de 15 ans sont principalement des leucémies (29% des cas), des tumeurs du système nerveux central (24%) et des lymphomes (11%). La moitié des cancers de l'enfant survient avant l'âge de 5 ans.

L'activité de traitement du cancer des enfants et adolescents est soumise à autorisation par l'ARS. Elle répond à un cadre réglementaire précis. En effet, le régime juridique des autorisations s'appuie sur les articles L.6122-10 R.6122-23 du CSP ; les critères d'agrément sont définis par l'Institut National du Cancer (INCa) et s'inscrit dans le schéma régional d'organisation des soins, par le biais de l'arrêté n°2012-577 du directeur général de l'ARS Ile-de-France (portant adoption du projet régional de santé Ile-de-France en date du 21/12/2012).

L'exercice d'une activité de traitement de cancer oblige chaque établissement à être membre d'un réseau de soins en cancérologie. Le RIFHOP (réseau d'Ile-de-France d'hématologie et d'oncologie pédiatrique) est reconnu comme « *réseau régional en cancérologie pédiatrique par l'ARS, et établit une action coordonnée entre les centres hospitaliers de référence, les centres hospitaliers de proximité, les établissements de soins de suite et de réadaptation et les hospitalisations à domicile franciliens prenant en charge des enfants traités en hématologie ou oncologie pédiatrique* »<sup>4</sup>.

Le troisième Plan Cancer, annoncé pour la période 2014-2019, repose sur quatre grands axes permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et l'accès à l'innovation, mais aussi l'accompagnement global des enfants et de leurs familles pendant et après la maladie.

Dans un premier temps, il est prévu de garantir des prises en charge adaptées et de qualité via notamment l'identification de centres de référence au niveau national pour les cancers très rares de l'enfant et la prise en compte des spécificités des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. Il s'agit également d'améliorer l'accès à l'innovation et à la recherche pour les enfants, adolescents et jeunes adultes. Le troisième axe vise à garantir l'accompagnement au-delà des soins liés aux cancers et la continuité de vie pour l'enfant et ses proches. Enfin, l'objectif de ce plan stratégique est de mieux préparer et suivre l'enfant et sa famille dans l'après-cancer.

---

<sup>4</sup> Convention entre le RIFHOP et le Centre Hospitalier Simone VEIL, 28 février 2014, Préambule

## 1.4 Le développement professionnel continu

La loi HPST a instauré l'obligation du Développement Professionnel Continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ». <sup>5</sup> Cette démarche est confortée par l'article 38 du projet de loi santé 2015.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), pour satisfaire à l'obligation de DPC, les professionnels de santé devront s'inscrire dans un programme annuel ou pluriannuel de DPC qui comporte deux activités : l'analyse des pratiques et l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences.

En conformité avec les textes des décrets, les programmes de DPC doivent obligatoirement comporter un temps d'analyse des pratiques et un temps d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances, planifiés et articulés entre eux explicitement. Diverses méthodes ont été référencées : les réunions de formation type formation continue, les audits cliniques, la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques, les revues de mortalité et de morbidité, le travail en équipe pluriprofessionnel. Pour détailler ce dernier point, la HAS atteste que la démarche ainsi engagée peut présenter des phases successives permettant l'actualisation des connaissances (dimension cognitive), l'intégration de nouvelles connaissances dans l'exercice quotidien (dimension intégrée) et l'évaluation des pratiques professionnelles (dimension Évaluation/Amélioration).

Les orientations nationales du DPC des professionnels relevant de la fonction publique hospitalière pour l'année 2014 reposent sur vingt et une actions prioritaires, que ce soit en matière de formation, de programme de développement professionnel continu, d'actions de formations nationales et programmes nationaux de DPC. Ces actions visent à répondre à sept grandes orientations :

- Développement des ressources humaines : conditions de travail, parcours professionnels, qualité de vie au travail,
- Prise en compte des évolutions sociétales dans les établissements de la fonction publique hospitalière,
- Évolution des compétences professionnelles,
- Qualité et sécurité des prises en charge,

---

<sup>5</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Article 59

- Santé publique et parcours de soins
- Action de formation nationale (qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière / animer le travail d'équipe : qualité du travail, qualité de la vie au travail)
- Programmes nationaux de DPC (parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie / gestion des risques associés aux soins en équipe)

## 1.5 Le projet régional de santé d'Ile-de-France

Le Projet Régional de Santé d'Ile-de-France est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Il s'appuie sur les textes législatifs nationaux et développe trois grands objectifs stratégiques.

Le premier axe permet d'assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé. La prévalence croissante des maladies chroniques doit nécessairement revoir le parcours du patient, que ce soit dans le préventif et le curatif, dans l'offre en ambulatoire et en milieu hospitalier que dans les aspects sanitaires et médico-sociaux. L'approche plus spécifique du cancer d'un patient mineur s'inscrit dans cette dynamique avec le développement des hôpitaux de jour et des réseaux de soins et de prises en charge des patients et de leur famille.

Le deuxième point retenu consiste en l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé. Cela passe entre autres, par l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels de santé et donc la promotion du développement professionnel continu des personnels soignants. La coopération entre établissements, entre professionnels et les réseaux de santé sont également des méthodes et des organisations à favoriser et à développer. En effet, cela permet, notamment, l'amélioration de la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers.

Enfin, le dernier objectif du plan stratégique du PRS est de conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires. Il s'agit de renforcer la représentation des usagers et des droits collectifs dans les organisations et de répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de santé. Cela passe par exemple par la publication des indicateurs relatifs à la qualité des services offerts mais aussi par le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PRS, en termes de cohérence, d'efficacité, d'efficacité, d'utilité et de pertinence.

## 2 L'hôpital Simone VEIL – GHEM

Le cadre législatif nous a permis de clarifier certains points qui nous seront nécessaires dans la mise en place du projet traité. Nous allons maintenant nous intéresser au contexte institutionnel au sein duquel le projet sera développé. Dans un premier temps nous ferons une présentation de l'hôpital Simone VEIL – GHEM (Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency) puis nous préciserons l'environnement dans lequel le projet se mettra en place, c'est-à-dire, le secteur pédiatrique.

### 2.1 Présentation de la structure et de son environnement

#### 2.1.1 Le territoire de santé

Le centre hospitalier Simone VEIL – GHEM, établissement public, fait partie du territoire de santé du Val d'Oise, et plus spécifiquement du territoire de santé 95-1, au sein duquel se trouve également le centre hospitalier Victor DUPOUY d'Argenteuil. Ce territoire est le plus peuplé du Val d'Oise, avec près de 40% de la population du département (500 à 600 000 habitants). Il s'agit essentiellement d'une population urbaine et âgée de moins de 59 ans. La part des moins de 14 ans représente 19 à 20% de la population générale.

L'hôpital Simone VEIL-GHEM, comme celui d'Argenteuil, se situe dans un bassin de vie important, qui comporte entre 250 000 et 300 000 habitants. En 2013, dans le centre Victor DUPOUY d'Argenteuil près de 79 774 passages aux urgences et 3150 naissances ont été enregistrés, alors que sur la même période, au sein de l'hôpital Simone VEIL-GHEM il a été compté 70 573 passages aux urgences et 2417 naissances.

Des coopérations sanitaires existent entre l'hôpital Simone VEIL-GHEM et les autres centres hospitaliers du Val d'Oise pour différentes activités, et principalement avec celui d'Argenteuil : radiothérapie et oncologie médicale, permanence des soins en chirurgie, préparation centralisée des cytotoxiques, stérilisation, chirurgie ORL, système d'information et dossier informatisé du patient, biologie médicale, blanchisserie, etc.

De nombreuses conventions ont été établies avec diverses structures privées ou publiques pour certaines activités spécifiques (hygiène hospitalière, hébergement psycho-gériatrique, chirurgie cardiaque, délivrance des produits sanguins).

De plus, l'hôpital Simone VEIL adhère à de nombreux réseaux de prise en charge des patients, mais aussi de groupements d'achats.

### 2.1.2 L'organisation des soins

La fusion des deux hôpitaux publics d'Eaubonne et de Montmorency, distants de 6 km, a été réalisée le 1er janvier 1998. À cette occasion, le groupement intercommunal Eaubonne-Montmorency est créé.

C'est en 2002, que l'établissement prend le nom d'hôpital Simone VEIL – Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency (GHEM). À partir de cette date, la restructuration organisationnelle des soins de l'établissement hospitalier est effective.

Ainsi, sur le site d'Eaubonne sont positionnés l'essentiel des plateaux médicotechniques (imagerie, laboratoires, blocs opératoires, pharmacie), les services de court séjour adultes (médecine – chirurgie), le secteur de psychiatrie, certains services de moyen séjour et des EHPAD (Établissements d'Hospitalisation pour Personnes Âgées Dépendantes).

Sur le site de Montmorency, une antenne des services médicotechniques est maintenue (radiologie, pharmacie, laboratoire) ainsi que les services de court séjour du pôle femme-enfant, certains services de moyens séjours et des EHPAD.

Dans une logique fonctionnelle et économique des organisations, l'ensemble de l'offre MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) ainsi que les services médicotechniques afférents sont regroupés sur le site d'Eaubonne ; les services du pôle femme-enfant sont transférés fin novembre 2014 au sein d'un nouveau bâtiment.

Plusieurs projets pour l'année 2014 sont en cours de construction et présentés à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

D'une part, il s'agit de faire valoir la possibilité d'une organisation et d'un déploiement de l'activité de la filière gériatrique sur le site de Montmorency, avec la création de lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et le regroupement des EHPAD de l'établissement.

D'autre part, de développer l'activité de soins à domicile, par l'augmentation de l'offre de soins par l'Hospitalisation À Domicile (HAD), selon les recommandations du projet régional de santé.

L'établissement est constitué de 6 pôles regroupant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), des soins de suite (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD), de psychiatrie et médicotechniques ; auxquels s'ajoutent les établissements d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

### 2.1.3 L'activité

En 2013, pour 1115 lits autorisés, l'établissement Simone VEIL - GHEM comptait 927 lits et 147 places, installés. L'activité obstétrique de l'établissement est caractérisée au centre périnatal comme étant de niveau IIb.

Globalement, ces dernières années, une augmentation du nombre de séjours est constatée ainsi que la valorisation globale de la tarification à l'activité (T2A). L'année 2014 a été relativement exceptionnelle en termes de résultats T2A au sein de l'établissement, depuis la mise en place de celle-ci (2005), avec un accroissement de l'activité globale de plus de 4%. Cette croissance est générale, avec des performances notables comme l'augmentation de l'activité du bloc opératoire de plus de 18% par rapport à l'année précédente.

L'activité de l'imagerie a constaté un accroissement des besoins en IRM et scanner (respectivement +27% et +8%). Quant à celle de la pharmacie et du laboratoire, elle est restée stable voire en légère augmentation pour ce dernier, entre 2012 et 2013.

Les parts de marché de l'établissement sur la zone d'attractivité divergent selon le type d'activité. En 2013, les parts de marché de l'activité de médecine sont de 34,6%, celles de chirurgie (en hospitalisation conventionnelle) de 19,9%, et en obstétrique de 28,4%. Ces données sont constantes en chirurgie mais en léger recul en médecine et en obstétrique (perte de 1 point par an depuis 2009 jusqu'en 2013). Ce qui s'explique par une augmentation de certaines activités dans les cliniques avoisinantes et la proximité des centres hospitaliers d'Argenteuil, pour une grande part.

Les IP-DMS (indicateurs qui permettent de comparer la Durée Moyenne de Séjour – DMS de l'établissement selon le *casemix*, soit l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés) sont relativement stables en obstétrique et en médecine et légèrement en augmentation en chirurgie. Toutefois, pour ces deux derniers secteurs, ils sont et ont toujours été supérieurs à 1 (respectivement à 1,056 et 1,141 en 2013, pour la médecine et la chirurgie). Lorsque l'on compare ces données au niveau régional, nous pouvons constater que l'hôpital Simone Veil se rapproche voire dépasse le 8<sup>e</sup> décile. Ceci met en exergue la lourdeur des situations prises en charge, les difficultés quant aux organisations de l'aval des hospitalisations, etc. La prise en compte de ces données s'inscrit pleinement dans le projet de l'hôpital de développer une filière gériatrique.

#### 2.1.4 Les moyens

Au sein de l'établissement, près de 2616 personnes travaillent :

- 420 professionnels médicaux, soit près de 320 équivalents temps plein (ETP) ;
- 2196 personnels non médicaux, soit 2090 ETP, dont 1495 soignants et éducatifs, qui représentent 68% de ces professionnels non médicaux.

Le taux moyen d'absentéisme du personnel non médical au sein de l'hôpital Simone Veil est de 5,7 % en 2013, sachant que ce taux dans la région se situe entre 5 et 7%, et que par rapport à d'autres établissements de même typologie, ce taux se situe entre 5,4 et 6%.

Le turn-over global est quant à lui, relativement élevé à 14,2% en 2013 (7,9% en 2012), pour une moyenne régionale comprise entre 6,6% et 16,5%.

Les résultats financiers d'exploitation courante de 2013 présentent un déficit global de près de 2,9 millions d'euros. Les dépenses ont augmenté de 2,84% et les recettes de 1,17%. Il s'agit principalement des dépenses de titre I (charges en personnels) qui se sont accrues de 3,52% entre 2012 et 2013, ainsi que les dépenses de titre IV (charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles) de 5,47%

Les dépenses en personnel et en provisions ont représenté environ 78% des dépenses de l'établissement.

Cela s'explique en partie par les réorganisations internes des activités, mais également par certaines contraintes telles que l'obligation du « compte épargne temps (CET) zéro » pour le personnel médical et les agents en RTT forfaitaires.

Par ailleurs, les charges ont également augmenté, notamment avec la prise en compte de provisions de dépenses qui ont été engagées en 2014 (provisions pour paiement des CET, décaissement pour travaux, etc.).

Le bilan de l'exercice de l'année 2014 affiche un déficit de 1,8 millions d'euros, avec comme élément important, l'absence « d'emprunts toxiques » au sein du budget de l'établissement.

## 2.2 Le secteur pédiatrique et l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique

### 2.2.1 Le secteur pédiatrique

Le secteur de pédiatrie générale est composé de plusieurs structures internes : les urgences gynéco-pédiatriques, les consultations pédiatriques, le service d'hospitalisation conventionnelle de pédiatrie générale et le service d'hospitalisation de jour.

Les unités de néonatalogie et de soins intensifs en néonatalogie complètent le secteur enfant de l'hôpital Simone VEIL – GHEM.

Les enfants pris en charge au sein du secteur pédiatrique sont âgés de 0 à 18 ans. À leur majorité, les patients sont pris en charge au sein du secteur adulte.

Les services d'hospitalisation de suites de couches, de gynécologie et grossesses pathologiques, le bloc obstétrical, ainsi que les consultations gynéco-obstétriques et orthogéniques composent avec les services du secteur enfant, le pôle femme-enfant.

L'activité développée au sein du secteur pédiatrique est essentiellement une activité de médecine, même s'il existe une légère activité chirurgicale de l'enfant, dès lors que les enfants sont âgés de plus de 3 ans. La plupart des enfants pris en charge le sont pour des pathologies infectieuses (bronchiolites, gastroentérites, infections urinaires, méningites, etc.), des pathologies chroniques (drépanocytose, diabète, asthme, troubles endocriniens, problèmes neurologiques, oncologie, etc.), des troubles psychopathologiques, des difficultés sociales (la pédiatrie exerce alors pleinement son rôle dans une mission qui lui incombe, celui de la protection de l'enfance), etc.

De nombreuses collaborations s'effectuent entre l'hôpital Simone VEIL et les centres hospitaliers parisiens spécialisés dans la prise en charge de l'enfant (hôpital Robert DEBRÉ, hôpital Armand TROUSSEAU, hôpital NECKER-Enfants malades) et les centres spécialisés dans la prise en charge du cancer de l'enfant (établissements précédemment cités, mais aussi l'Institut Gustave Roussy (IGR), l'Institut Curie). Le secteur de pédiatrie est également associé à de nombreux réseaux de professionnels et d'associations comme le RIFHOP (Réseau Ile-de-France d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique), le ROFSED (Réseau Francilien de Soins des Enfants Drépanocytaires), l'AJD (Aide aux Jeunes Diabétiques), etc. Ces partenariats permettent d'assurer les prises en charge les plus optimales et les mieux adaptées aux besoins de l'enfant et de son entourage.

L'activité pédiatrique est caractérisée par sa saisonnalité : en période hivernale (de la mi-octobre à la mi-mars) elle est très importante, contrairement à la période estivale (de la mi-juillet à la mi-septembre) pendant laquelle elle décroît fortement. Les périodes de congés scolaires durant l'année ont également une incidence sur l'activité d'hospitalisation conventionnelle. Cette grande

variabilité dans l'activité s'explique par les principales prises en charge effectuées (pathologies infectieuses sujettes aux épidémies) et par l'âge moyen des enfants hospitalisés (4 ans ½).

Ces dernières années, l'activité externe et ambulatoire pédiatrique n'a cessé d'augmenter. Depuis le regroupement de l'ensemble des urgences adultes sur le site d'Eaubonne en 2011, les urgences pédiatriques ont vu le nombre des passages annuels croître : en 2012, il y a eu 17 714 passages (dont 85% des moins de 10 ans) et en 2014, 18 198 passages ont été enregistrés (dont 84% des moins de 10 ans).

Le nombre de consultations effectuées par les pédiatres du secteur enfant a également progressé : de 2690 en 2012, elles sont passées à 2826 en 2014.

L'hospitalisation de jour (HDJ) pédiatrique a fortement augmenté ces trois dernières années : 189 séances en 2012, 278 en 2013 et 348 en 2014, soit une augmentation de près de 84% sur deux ans.

L'hospitalisation conventionnelle (HC) de pédiatrie est relativement constante avec plus ou moins 2200 hospitalisations par an. La durée moyenne de séjour est de 2,3 jours. 96% des entrées sont effectuées à partir du service des urgences. Les transferts vers d'autres établissements à partir de l'hospitalisation étaient en légère diminution en 2014 : 2,25% des hospitalisations (2,32% en 2013), mais concernaient des situations plus complexes et/ou des enfants dont l'âge est plus bas (inférieur à 1 an).

Depuis fin novembre 2014, le pôle femme-enfant a été transféré sur le site d'Eaubonne au sein d'un nouveau bâtiment. L'architecture de ce dernier, en forme de « Y », permet de positionner sur des niveaux identiques, des activités communes. Ainsi au rez-de-chaussée, deux entrées distinctes permettent d'accueillir les deux filières d'enfants venant de l'extérieur : les urgences gynéco-pédiatriques d'une part et les consultations pédiatriques et gynéco-obstétriques d'autre part. Les secteurs d'hospitalisation pédiatrique (conventionnelle et de jour) se situent au 3<sup>e</sup> étage de la structure. Ils sont toutefois séparés géographiquement : le secteur d'hospitalisation conventionnelle occupant la grande branche du « Y », celui de l'hospitalisation de jour, la petite ; l'une étant séparée de l'autre par des locaux de logistiques. Le service de pédiatrie (HC) est quasi-exclusivement composé de chambres individuelles, et leur nombre a été augmenté à 30 lits (capacité maximale à 28 lits sur l'ancien bâtiment, dans 14 chambres doubles).

Les pédiatres exerçant sur le secteur enfant sont amenés à travailler dans l'ensemble des secteurs identifiés ci-dessus (seuls les pédiatres de néonatalogie n'exercent pas aux urgences pédiatriques, mais assurent une garde dans leur unité, à proximité des salles de naissance).

Les professionnels paramédicaux du secteur enfant (infirmiers, puéricultrices, auxiliaires de puériculture) exercent au sein d'un service spécifique : les urgences gynéco-pédiatriques, la néonatalogie, la pédiatrie générale (HC et HDJ). Tous les professionnels présents la journée en pédiatrie générale exercent aussi bien en unité d'hospitalisation conventionnelle qu'en unité d'hospitalisation de jour.

Toutefois, depuis près de six ans, une polyvalence au sein des différentes unités a été instaurée pour ces professionnels. D'abord sur la base du volontariat puis imposée à tous les professionnels intégrant le secteur depuis juin 2010 et après neuf mois minimum d'exercice dans le service d'affectation. Cette mise en œuvre résulte de la concordance de nombreux congés maternité sur le secteur et de la volonté de développer une mutualisation des compétences dans la prise en charge de l'enfant. Cette démarche est proposée (choix fait par le professionnel de l'unité vers laquelle il souhaite inscrire sa polyvalence) préparée et accompagnée ; ce d'autant plus qu'elle est prise en compte dans l'organisation des effectifs du secteur enfant, dans le cadre d'une polyvalence jour/nuit liée à un manque de temps paramédical fixe de nuit et qui concerne essentiellement les infirmiers. La démarche de polyvalence au sein des services du secteur enfant est source de fidélisation et d'attractivité du personnel mais également de fluidité dans la gestion des effectifs à adapter en fonction des pics d'activité. En revanche, celle qui impacte le rythme de travail jour/nuit est la cause première de départ des professionnels infirmiers du secteur.

Par ailleurs, le transfert du pôle femme-enfant et les spécificités architecturales du nouveau bâtiment ont engendré la création de postes infirmiers : un poste de plus par 24 heures aux urgences gynéco-pédiatriques, soit 5,3 Equivalents Temps Plein (ETP) de plus ; ainsi que 0,5 ETP de plus pour l'HDJ de pédiatrie du fait de sa position géographique. Au total, depuis novembre 2014, 1/5<sup>e</sup> des professionnels infirmiers du secteur enfant sont des nouveaux recrutés, ayant peu ou pas de ou pas d'expériences dans les soins à l'enfant. Plus précisément, l'effectif de l'hospitalisation de pédiatrie s'est renouvelé de près du quart de son effectif total, auquel se sont ajoutés deux congés maternité d'octobre 2014 à mai 2015. À ce jour, 2/3 de l'effectif infirmier de pédiatrie (HC + HDJ) est polyvalent sur les autres secteurs (urgences pédiatriques ou néonatalogie) et 2/3 sur des rythmes de travail jour/nuit.

D'un point de vue sociodémographique, l'équipe infirmière du secteur enfant a une moyenne d'âge autour de 25-35 ans ; deux à trois grossesses par an sont annoncées ; deux à trois départs par an ont lieu.

En ce qui concerne l'équipe d'auxiliaires de puériculture (AP), le turn-over est quasi nul et la moyenne d'âge est de 30-35 ans. Le nombre de grossesses est en moyenne de une par an. Les AP du service de pédiatrie sont polyvalentes avec l'activité de biberonnerie/lactarium pour 2/3 d'entre elles, voire avec les urgences pédiatriques pour deux d'entre elles. L'effectif AP a été diminué de 1 ETP sur l'hospitalisation de pédiatrie mais augmenté de 0,5 ETP pour l'HDJ pédiatrique, ce qui a un impact sur l'effectif global des AP de pédiatrie, avec moins 0,5 ETP.

Au sein du secteur enfant, les infirmiers diplômés d'Etat<sup>6</sup> (IDE) et les puéricultrices (IPDE) ont les mêmes missions et les mêmes rôles dans la prise en charge de l'enfant et de son entourage. La plus-value des infirmières spécialisées en puériculture leur permet d'appréhender de façon plus riche les situations et d'apporter des connaissances et des compétences optimales pour les prises en charge, ainsi que pour l'ensemble de l'équipe.

En outre, l'ensemble des professionnels prend en compte dans l'organisation de la journée de travail l'impact existant et probable des soins et de l'hospitalisation sur l'enfant et ses proches. Afin de répondre à cette préoccupation, les soins sont très souvent mis en place dans une démarche d'explication, de distraction et d'analgésie. Le temps « réservé » est également une donnée qui est incluse dans le soin : c'est la durée nécessaire pour que l'enfant soit le plus en confiance possible et pour que le soin puisse se réaliser dans de bonnes conditions. La présence du parent durant le soin, si celui-ci le souhaite, est également un facteur favorisant la mise en confiance de l'enfant au préalable et au cours du soin.

C'est pour que les soins puissent se réaliser de façon la plus optimale en terme d'efficacité pour les professionnels et de satisfaction pour le patient et son entourage que les prises en charge s'effectuent en binôme IDE-IPDE / AP, avec l'intervention selon les situations, d'une éducatrice de jeunes enfants (EJE). Il est très fréquent d'observer la prise en charge du binôme parent/enfant, avec un intérêt et une attention portée à l'adaptation de la relation à chaque membre de ce duo.

### 2.2.2 L'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique

Depuis 2012, l'activité d'oncologie pédiatrique a fortement augmenté pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, fin 2010, un nouveau praticien a intégré le secteur pédiatrique. Elle s'est spécialisée dans l'oncologie pédiatrique par le biais d'un diplôme universitaire, ce qui a permis de faire connaître l'hôpital Simone VEIL dans la prise en charge du traitement du cancer de l'enfant et de

---

<sup>6</sup> Lire partout infirmier(s), infirmière(s)

l'adolescent auprès des centres de référence. Dans le cadre de sa formation et depuis l'obtention de son diplôme, elle a effectué des stages au sein des services spécialisés (Hôpital Robert DEBRÉ, Hôpital Armand TROUSSEAU, Institut Gustave Roussy, Institut Curie), elle participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Des liens d'étroite collaboration se sont mis en place et perdurent. Par le biais d'échanges et de réunions au sein de l'équipe de pédiatrie de l'hôpital Simone VEIL, les pédiatres ont développé une meilleure connaissance des prises en charge.

De plus, l'instauration d'une préparation des cytotoxiques en pharmacie centralisée sur l'hôpital d'Argenteuil, avec lequel l'établissement a établi une coopération, a permis d'assurer la préparation de ces thérapeutiques et a, de ce fait, offert la possibilité d'une qualité de prestation garantissant un niveau de sécurité optimum.

De même, la participation active de différents membres de l'équipe du service d'HC de pédiatrie au RIFHOP, par le biais de réunions, de formations et de congrès, a rendu possible l'harmonisation des pratiques soignantes et médicales avec les centres de référence.

Tous ces éléments ont été des facteurs favorisant pour l'identification de la pédiatrie de l'hôpital Simone VEIL comme centre de proximité, tant auprès des professionnels des centres de référence que de la « population cible ».

C'est ainsi que nous pouvons constater un accroissement assez important de l'activité d'oncologie pédiatrique en l'espace de deux années (depuis fin 2012) : la file active des patients atteints de leucémie et d'hémopathie a été multipliée par six sur cette même période (un patient fin 2012, six patients début 2015, avec un pic à huit patients sur l'année 2014). Cette croissance, dans une moindre mesure, a également été observée pour les patients atteints de tumeurs cancéreuses (11 patients fin 2012, avec un pic à 16 patients fin 2013 – début 2014). Globalement, la file active reste relativement stable (23 à 26 patients) mais le nombre de nouveaux patients pris en compte dans celle-ci est de cinq à six par an, avec un pic à neuf nouveaux patients entrant dans les prises en charge fin 2013. L'âge moyen des enfants suivis pour leucémie est de 3 ans ½, il est de 6 ans ½ à 7 ans pour des tumeurs. Au niveau régional, cette augmentation se constate également, puisqu'entre 2012 et 2013, 55 nouveaux patients ont été recensés par le RIFHOP.

L'incidence de cette activité s'est manifestée sur les volumes des soins et des séances d'hospitalisation de jour, comme l'indique le tableau ci-après.

Typologie de soins (nombre/an)	Année	2012	2014
Séances de chimiothérapie		65	193
Séances de transfusion sanguine		24	44
Prélèvements sur voie veineuse centrale, sur chambre implantable		43	96

**- Volume de soins d'oncologie pédiatrique pratiqués en HDJ -**

Les soins et prises en charge effectués auprès de l'enfant se font principalement au sein de l'HDJ. Toutefois, certaines situations spécifiques imposent l'hospitalisation de l'enfant en HC de pédiatrie. Il s'agit alors majoritairement de prise en charge d'aplasie fébrile mais également de mucites douloureuses et des troubles alimentaires liés ou non à ces dernières. Le nombre croissant des prises en charge en HDJ se perçoit également au niveau des HC : en 2013, deux enfants ont été hospitalisés pendant plusieurs jours pour aplasie fébrile. Ce nombre est passé à six en 2014, auquel il faut ajouter une hospitalisation pour prise en charge d'une mucite de gravité importante. Dans tous les cas, une procédure permet à l'enfant cancéreux d'être admis directement dans le service de pédiatrie, sans avoir à passer par les urgences pédiatriques ; ceci afin d'éviter tout risque de contagion et de limiter au maximum l'attente dans la prise en charge.

Que ce soit au sein de l'HDJ ou dans le cadre de l'HC de pédiatrie, l'enfant et son entourage sont pris en charge par les équipes médicales et paramédicales de la pédiatrie. Jusque fin novembre 2014, les lits d'hospitalisation de jour pédiatrique étaient physiquement localisés dans le service d'hospitalisation complète de pédiatrie. Ces lits étaient « réservés » mais pouvaient être occupés par des enfants relevant de l'HC, selon l'activité du service. De plus, les mêmes personnels s'occupaient des enfants hospitalisés de façon conventionnelle et de ceux qui venaient dans le cadre de l'HDJ. L'organisation des professionnels sur leur journée de travail tenait alors compte aussi bien de l'activité en HDJ que des patients hospitalisés pour plus de 24 heures. La construction du nouveau bâtiment du pôle femme-enfant a été réfléchi de telle sorte que le secteur d'HDJ ait des lits dédiés, sur un secteur géographique bien identifié. Les équipes paramédicales et de professionnels médicaux seraient alors physiquement séparées lors des temps d'ouverture de l'HDJ.

Toutefois, à l'issue du transfert du pôle femme-enfant, les locaux de la biberonnerie-lactarium ne présentaient pas les critères nécessaires à un fonctionnement conforme. L'activité de préparation des solutions lactées ne pouvant être suspendue sur une période aussi longue, une procédure dégradée a été mise en place au sein des locaux de l'HDJ pédiatrique, pour une période de 4 mois et demi. L'installation définitive dans les locaux dédiés et donc la libération des locaux de l'HDJ pédiatrique s'est faite début avril 2015.

Parallèlement à cet état de fait et jusqu'à ce jour, la vacance de poste d'un équivalent temps plein de pédiatre ne permet pas le détachement d'un pédiatre de façon quotidienne en secteur dédié d'HDJ. De plus, l'évolution de l'effectif global soignant de pédiatrie ne permet pas le détachement physique d'un binôme, quotidiennement, pour l'HDJ d'oncologie pédiatrique, mais trois journées sur cinq (en semaine). Le reste de l'activité d'hôpital de jour est alors géré par l'équipe du service d'HC de pédiatrie.

C'est ainsi que l'activité d'HDJ d'oncologie pédiatrique est donc réalisée dans les chambres vides, identifiées, du secteur d'HC de pédiatrie. Un binôme IDE/IPDE – AP est alors dévolu à la prise en charge des patients d'oncologie pédiatrique, les lundi – mercredi – vendredi ; les quatre autres jours de la semaine, les prises en charge sont effectuées par les binômes de l'HC de pédiatrie.

### 3 Restructuration de l'organisation de l'activité d'hospitalisation de jour d'oncologie pédiatrique, sur un secteur dédié

Les cadres législatif et institutionnel ont permis de poser le contexte dans lequel le projet de restructuration de l'organisation de l'activité d'HDJ d'oncologie pédiatrique se situe. Nous évoquerons tout d'abord l'origine de ce projet, les objectifs visés, les enjeux dont il faudra tenir compte et enfin les indicateurs et critères de mesure d'atteinte des objectifs.

#### 3.1 L'origine du projet

Comme nous l'avons exposé, l'activité d'oncologie pédiatrique s'est fortement développée au sein du service. Cela se constate dans le cadre de l'HDJ où la plus grande part, si ce n'est la quasi-totalité de la prise en charge de l'enfant est effectuée. Toutefois dans le service d'HC, cette activité s'ajoute aux prises en charge plus « classiques » d'un service de pédiatrie générale, en termes de charge en soins, de technicité et d'échanges relationnels.

La plupart des professionnels qui exercent en pédiatrie générale sont polyvalents à la fois sur l'hospitalisation conventionnelle et l'HDJ, mais aussi sur la journée et la nuit. Ils sont potentiellement tous amenés à prendre en charge ces patients. La précédente structure architecturale de la pédiatrie (lits d'HDJ situés dans les lits physiques de l'HC) permettait des relations d'étroite collaboration entre professionnels et donc de mise en confiance quant au processus de la prise en charge de l'enfant en HDJ d'oncologie pédiatrique.

L'installation sur le nouveau bâtiment du pôle femme-enfant fin novembre 2014 et la séparation géographique des deux secteurs de la pédiatrie générale (HC et HDJ), le turn-over des équipes infirmières, le recrutement assez important en volume de nouveaux professionnels ayant peu ou pas d'expérience dans la prise en charge de l'enfant et n'ayant quasi aucune expérience en oncologie, et enfin l'accroissement de cette activité, sont autant de facteurs à l'origine d'une réflexion sur l'organisation et les processus de l'HDJ d'oncologie pédiatrique.

Il s'agit en outre de répondre à des critères précis d'organisation et de fonctionnement tels que définis par les différents textes législatifs et par les instances nationales et régionales.

## 3.2 Les objectifs du projet

### 3.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce projet est de mettre en place une organisation qui permette d'assurer le maintien et de poursuivre le développement de l'activité d'oncologie pédiatrique en hôpital de jour, sur un secteur géographique dédié.

### 3.2.2 Objectifs opérationnels

Afin de mettre en œuvre la démarche souhaitée, divers points sont à prendre en compte et relèvent d'objectifs secondaires.

C'est ainsi que la réflexion et le travail développés dans le cadre de ce projet permettront de :

- identifier et définir l'organisation de l'activité d'oncologie pédiatrique par l'approche processus,
- identifier et définir l'organisation des professionnels pour cette activité, en termes d'évaluation des compétences, de formation et habilitation, de planification.

## 3.3 Les enjeux du projet

### 3.3.1 Pour l'établissement

L'enjeu de ce projet est de maintenir voire d'augmenter le nombre de prises en charge de patients dans le cadre de l'oncologie pédiatrique. Il s'agit de répondre à une demande de soins de proximité, en ambulatoire et donc de répondre à la stratégie nationale et régionale d'offres de soins dans le cadre des pathologies chroniques et plus spécifiquement du cancer de l'enfant. Il s'agit également de montrer l'opportunité du maintien de cette activité au sein du territoire de santé qu'occupe également le centre hospitalier Victor DUPOUY d'Argenteuil.

La mise en place de ce projet s'intègre par ailleurs dans le cadre de la certification de l'établissement qui aura lieu en septembre 2015. Il répond aux attentes de qualité des soins, d'accueil et de prises en charge de la population spécifique qu'est celle des enfants. Il peut également s'inscrire dans la méthodologie du patient traceur<sup>7</sup>, qui fait partie de la certification V2014. En effet, cette méthode permet entre autres éléments d'intégrer le patient et ses proches

---

<sup>7</sup> Haute Autorité de Santé, *Le patient traceur – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins / Guide méthodologique*, 26/11/2014.

dans l'évaluation de la prise en charge, d'évaluer le parcours du patient, de contribuer au diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle à partir de la prise en charge.

Enfin, la mise en place de la démarche entreprise a un impact relativement important pour l'image de l'établissement. En effet, cela permettra de faire valoir la qualité du service et de développer la notoriété de l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Simone VEIL – GHEM auprès des patients, des centres de référence spécialisés et du réseau (RIFHOP).

### 3.3.2 Pour l'HDJ pédiatrique

L'identification et la définition de l'organisation de l'activité d'oncologie dans le cadre de l'HDJ pédiatrique par l'approche processus permet de clarifier les circuits et les intervenants à chaque étape de la prise en charge. Les modalités de prise en charge seraient alors pérennes, correspondraient aux besoins de la population et répondraient aux attentes des centres de référence et du RIFHOP.

L'enjeu de ce projet est également justifié par la nécessité d'un secteur géographique d'hôpital de jour pédiatrique dédié. Le projet du service pédiatrique (2015-2019) s'inscrit dans la démarche de prise en charge des pathologies chroniques de l'enfant (diabète, drépanocytose, asthme, obésité, oncologie, etc.). Reproduire la méthodologie de ce projet pour les prises en charge des pathologies chroniques en HDJ est une plus-value à considérer dans les contraintes structurelles actuelles.

### 3.3.3 Pour les professionnels

Par cette réorganisation, l'enjeu de ce projet est de développer une attractivité et une fidélisation des différents professionnels médicaux et paramédicaux pour le secteur pédiatrique et les différents aspects de prise en charge (éducation, prévention, prise en charge chronique et aiguë). En travaillant sur la formation et le développement professionnel continu, en tenant compte des compétences des professionnels pour cette activité dans l'établissement et des plannings, ce projet fera monter en compétences l'ensemble des IDE/IPDE et AP du secteur pédiatrique. Cela donnera l'occasion de promouvoir et pérenniser la démarche de mutualisation et de polyvalence des professionnels au sein du secteur pédiatrique.

La reconnaissance par les professionnels et par l'encadrement de l'investissement et des compétences fournis et à fournir, participe au développement de l'autonomie et donc de la responsabilité des infirmiers. Ce projet donnera donc la possibilité d'offrir d'autres conditions de travail aux professionnels.

#### 3.3.4 Pour les patients et leur entourage

La mise en place du projet permettra d'accueillir les patients et leur entourage dans des conditions optimales d'espace et d'hébergement ainsi que d'optimiser la prise en charge des patients du point de vue de la qualité et de la sécurité. Il s'agit de maintenir le degré de satisfaction des patients et de leur entourage, voire de l'augmenter, en travaillant sur une évaluation de la satisfaction de ceux-ci.

### 3.4 Les modalités de mesure de résultats

Pour mesurer l'atteinte de l'objectif principal et des objectifs secondaires, nous pourrons nous appuyer sur plusieurs types d'indicateurs.

#### 3.4.1 Indicateurs de l'impact du projet sur l'organisation de l'HDJ d'oncologie pédiatrique

Il s'agit ici de :

- Répondre aux exigences réglementaires en matière de fonctionnement de l'hôpital de jour.
- Identifier et définir les différentes étapes du processus HDJ oncologie pédiatrique.
- Mesurer le nombre de prises en charge et de soins externes effectués dans le cadre de l'HDJ sur les journées identifiées (lundi – mercredi – vendredi), par rapport aux autres jours de la semaine. Cette analyse permettra également d'évaluer le volume de l'activité (en quantité et en tarification) au regard de l'effectif positionné.
- Mesurer le délai de réponse et de prise en charge effective au sein de l'HDJ pédiatrique à partir de l'annonce faite par le centre de référence.
- Évaluer la satisfaction des usagers (enfants et parents) et des professionnels quant à la nouvelle organisation.

### 3.4.2 Indicateurs de l'impact du projet sur les professionnels :

Les critères de mesure sont de :

- Identifier la cartographie des compétences des professionnels de pédiatrie.
- Établir un processus de professionnalisation et d'habilitation en collaboration avec les centres de référence et le réseau RIFHOP.
- Évaluer la satisfaction des professionnels à exercer en HDJ d'oncologie pédiatrique et donc, ainsi, évaluer l'attractivité des professionnels des autres secteurs enfant et des nouveaux recrutés pour la pédiatrie.

Comme nous avons pu le voir, le projet de réorganisation de l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique tient compte à la fois d'un contexte législatif et d'un contexte institutionnel. L'identification des objectifs et des enjeux de la démarche participe à une meilleure construction de la méthodologie et du plan d'actions de ce projet.

## 4 La méthodologie du projet

Le projet de restructuration de l'HDJ d'oncologie pédiatrique repose sur une méthodologie et un plan d'actions définis.

Le premier point de la méthodologie repose sur une étude des principaux concepts en relation avec le projet, ses objectifs et ses enjeux. Dans un second temps, nous présenterons les acteurs du projet et comment ils interviennent dans la démarche entreprise. Puis nous développerons les caractéristiques et la mise en œuvre des deux axes du projet que sont l'organisation de l'activité par processus et l'organisation des ressources humaines.

### 4.1 Cadre conceptuel

#### 4.1.1 Les ressources humaines

##### 4.1.1.1 *L'identité*

Pour C.DUBAR, « *l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* ». <sup>8</sup>

C'est donc un système construit de sentiments et de représentations de soi à partir duquel la personne peut se définir, se connaître et se faire connaître. Cette construction ne peut se faire qu'à partir des représentations individuelles et subjectives des acteurs eux-mêmes. Impliquant la reconnaissance (ou la non reconnaissance) d'autrui, elle constitue nécessairement une construction conjointe. L'individu se socialise et construit son identité par étapes, au cours d'un long processus qui s'exprime fortement de la naissance à l'adolescence et se poursuit à l'âge adulte.

L'identité est constituée de deux processus.

Le premier concerne son attribution par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu. Le processus aboutit à une forme variable d'étiquetage produisant ce qu'E.GOFFMAN appelle les identités sociales « virtuelles » des individus ainsi définis.

Le second processus concerne l'intériorisation active, l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes. Elle ne peut s'analyser en dehors des trajectoires sociales au travers desquelles les individus se construisent des « identités pour soi » qui ne sont rien d'autres que « *l'histoire qu'ils se racontent sur ce qu'ils sont* » et qu'E.GOFFMAN appelle les identités sociales « réelles ».

---

<sup>8</sup> DUBAR C., *La socialisation – Construction des identités sociales et professionnelles*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, A. Colin, Collection U, 2009, 255 pages, cit. p.109.

Dans cette perspective, la formation de l'identité est le résultat d'une interaction entre la conscience individuelle et la structure sociale ; elle est la construction d'une harmonie sociale à laquelle on parvient, dans la mesure où chacun puise dans les identités-types, pour jouer son rôle.

Au final, comme l'explique E.GOFFMAN, l'individu a construit son identité réelle tout au long de sa vie à travers son héritage familial, son histoire personnelle et la formation qu'il a reçue à l'école et dans son milieu social. L'identité virtuelle, elle, est définie par les attentes et les exigences propres de l'organisation du travail : c'est celle que les responsables de l'entreprise attendent de leurs salariés en fonction de cette organisation. Comme les deux identités ne se confondent pas, l'individu doit procéder à une « transaction » entre son identité réelle et cette identité virtuelle, comme l'explique C.DUBAR.

Pour R.WITTORSKI « *ce que l'on nomme socialement identité caractérise, selon [lui], le « jeu » (au sens stratégique et dynamique du terme) existant entre, d'une part, les affects et les représentations du sujet portant sur sa place et celle de son action dans l'environnement (places passées, actuelles et à venir), et, d'autre part, la reconnaissance sociale du sujet par cet environnement. Ce jeu réside, du côté du sujet, dans la mise en place d'une stratégie de mise en reconnaissance de soi et, du côté social, d'un ensemble de situations permettant l'attribution, par exemple, de compétences à des process d'action donnant lieu à réussite (c'est là un des outils majeurs de reconnaissance identitaire aujourd'hui dans les systèmes de travail) ».*<sup>9</sup>

L'identité professionnelle est une conception de soi au travail qui met en jeu les relations entre identité personnelle et identifications collectives. Les identités professionnelles ne sont plus des catégories acquises mais se construisent tout au long de la vie. L'identité professionnelle est comme un « jeu de bricolage », restructurations rapides et multiples des organisations de travail qui ne permettent plus l'affirmation d'une identité acquise une fois pour toutes.

C.DUBAR et P.TRIPIER<sup>10</sup> s'appuient sur R.SAINSAULIEU, qui a formulé le modèle culturel des quatre identités au travail comme « *façons de se situer dans le système social d'entreprise* » ou « *manières d'être en relation avec les collègues, chefs, etc.* » ou encore « *façons d'être acteur en organisation* » : la fusion, la négociation, le retrait et l'affinité constituent des systèmes d'attitudes et de relations que l'auteur avait analysé, dans les années 1960, en interrogeant de nombreux

---

<sup>9</sup> WITTORSKI R., *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris, L'Harmattan, Collection Action & Savoir, 2007, 188 pages, cit. p. 153.

<sup>10</sup> DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, A. Colin, collection U, 2005, 283 pages, cit. p. 234.

salariés d'entreprises diverses. Il ne s'agissait pas d'identité « professionnelle » au sens de la sociologie interactionniste des professions car la question de la carrière n'était pas au cœur des questions de l'auteur. Il s'agissait d'identité « au travail » au sens où c'était l'analyse de la situation de travail et de ses relations de pouvoir qui permettait de repérer et de nommer des types-idéaux d'attitudes correspondant à des jeux d'acteurs en entreprise.

#### 4.1.1.2 La culture

Dans son livre, I.SAINSAULIEU définit la communauté, comme étant « *une notion vaste, à la fois de science politique et d'anthropologie (communauté politique, normes, habitus, rites), de la sociologie de l'action collective (consistance et mobilisation des groupes), du travail (communauté de classe, corporatisme), des organisations (identités, cultures)...* ». <sup>11</sup>

Il caractérise trois types de communauté <sup>12</sup>. La première est la communauté traditionnelle où l'on a l'avantage de l'affirmation d'un collectif et de sa culture, l'inconvénient d'un lien trop fort, ne laissant de place ni à l'individu, ni à des formes nouvelles de communautés. La seconde est la communauté d'action moderne, où l'on a un sens, un projet, des individus, mais ils sont trop rationnels et l'on perd le lien social affectif, l'émotion. Et enfin, il y a la communauté de voisinage postmoderne, au sein de laquelle l'interaction ludique narcissique ou la fusion de vivre ensemble donnent un aspect actuel à la communauté mais l'on n'a plus d'héritage culturel ni de sens du progrès.

Pour lui, au travers de la quête d'autonomie, d'identité, le besoin d'exister individuellement et la réflexivité des acteurs sur leur fonctionnement communautaire, l'hôpital se positionne aussi dans la communauté moderne, dans le « *civisme ordinaire.* » <sup>13</sup>

Au sein de toute communauté de pratique, comme l'est une équipe dans un service, il y a une culture. Elle peut être définie comme un ensemble d'idées, de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées, propres à un collectif et qui s'acquiert, se transforme et évolue. O.MEIER la caractérise ainsi : « *La culture correspond à un cadre de pensée, à un système de valeurs et de règles relativement organisé qui sont partagées par l'ensemble des acteurs de l'entreprise. Elle englobe les valeurs, les croyances, les postulats, les attitudes et les normes communes à ceux qui travaillent dans une même organisation. Elle est un phénomène collectif qui associe des individus*

---

<sup>11</sup> SAINSAULIEU I., *La communauté de soins en questions – Le travail hospitalier face aux enjeux de la société*, Rueil-Malmaison, Lamarre, Collection Fonction cadre de santé - Gestion des ressources humaines, 2006, 267 pages, cit. p.30.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p.59.

au sein d'un même groupe social (organisation), en les unissant autour de valeurs et de normes partagées. La culture d'entreprise est donc un univers, où les acteurs de l'entreprise peuvent communiquer et repérer ce qui les unit et percevoir ce qui les distingue des autres groupes d'acteurs »<sup>14</sup>.

De plus, dans leur ouvrage, O.DEVILLARD et D.REY définissent la culture comme étant « un système composé de valeurs opérantes, de croyances, de comportements habituels et de pratiques spécifiques. Ce système produisant un ensemble de règles, formalisées ou non, connues de tous mais souvent peu conscientes, qui surdéterminent les façons de concevoir de se conduire »<sup>15</sup>.

La culture est alors un facteur de lien social au sein du collectif, que ce soit par le sentiment d'appartenance, l'identification au service, le désir d'être un acteur de son projet, la reconnaissance entre pairs, les modes de communication, etc.

Par ailleurs, les auteurs précisent que la culture étant facteur d'appartenance et d'identité, « elle est aussi une source majeure d'éléments qui conditionnent la satisfaction personnelle des membres d'une collectivité de travail »<sup>16</sup>.

#### 4.1.2 La compétence

##### 4.1.2.1 *Définitions*

Le professionnel ne peut définir son identité en se référant à la simple qualification relative à un métier. Il est celui qui peut mobiliser sa subjectivité, son identité personnelle dans sa vie professionnelle. Le professionnel donne sens à son action en confrontant ses valeurs à la réalité des situations dans lesquelles il intervient. Il doit de ce fait être responsable et faire preuve d'autonomie et de créativité.

De plus, nous pouvons dire d'un acteur qu'il est professionnel lorsqu'il présente dans le même temps, les compétences reconnues à la profession et une conscience professionnelle. Cette dernière se manifeste par la volonté de résoudre une situation « problème » tant qu'elle persiste. Il y a un souci constant du travail bien fait et une prise de recul indispensable pour évaluer la conséquence de ses actes.

Mais qu'est-ce que la compétence ? Les définitions de la compétence sont multiples. Pour P.ZARIFIAN, il s'agit d'une « prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations

---

<sup>14</sup> MEIER O., *Management interculturel – Stratégie-organisation-performance*, Paris, Dunod, 2013, 330 pages, cit. p.10.

<sup>15</sup> DEVILLARD O., REY D., *Culture d'entreprise : un actif stratégique*, Paris, Dunod, 2008, 247 pages, cit. p.43.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p.151.

*professionnelles auxquelles il est confronté* ». <sup>17</sup> De plus, nous pouvons affirmer avec l'auteur, que « *la compétence est bien celle d'un individu (et non la qualification d'un emploi) et elle se manifeste et s'apprécie lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle (la relation pratique de l'individu à la situation, donc la manière dont il l'affronte, est au cœur de la compétence)* ». Les auteurs de l'ouvrage collectif *Du management des compétences au management du travail* vont dans le même sens. Pour eux, la compétence est « *une combinaison de multiples ressources – liées à l'expérience ou la formation de la personne, mais aussi de la situation de travail dans laquelle il se trouve – qui rend une personne capable de ..., dans un contexte précis* » <sup>18</sup>

Au final, elle correspond alors à la combinaison de cinq catégories de composantes : cognitive (savoirs et connaissances possédés par la personne, représentations de la situation, théories et schémas de résolution implicites), culturelle, affective (image de soi, plaisir ou déplaisir, émotions en retour de la situation vécue par soi-même et par les autres), sociale (regard des autres, formes de reconnaissance, représentations sociales, codes et valeurs dominants) et praxéologique (capacités motrices, psychomotrices et autres capacités corporelles). Chaque catégorie est articulée à trois niveaux : le niveau de l'individu ou du groupe producteur/auteur de la compétence (niveau micro) ; le niveau de l'environnement social immédiat – le groupe d'appartenance, le collectif de travail... - (niveau méso ou social) ; le niveau de l'organisation dans laquelle sont insérés les individus (niveau macro ou sociétal).

La notion de compétence est ainsi en perpétuel mouvement. C'est pourquoi elle fait de plus en plus l'objet d'anticipation et d'organisation par le biais de la gestion prévisionnelle des emplois (métiers) et des compétences. Cette gestion permet de mettre en place un état des lieux tant quantitatif que qualitatif des professionnels au sein d'une organisation mais également l'élaboration d'un plan de développement des compétences. Ce dernier s'appuie sur les outils que sont entre autres éléments l'accueil, le tutorat, le parcours de développement de compétences, le plan de formation, la validation d'acquis de l'expérience, etc. Ces outils s'inscrivent dans le cadre d'une organisation apprenante, qui est « *une organisation en capacité, d'une part de faire face à l'imprévu, et d'autre part de faire de cet imprévu une occasion d'apprentissage tant individuel que collectif* » <sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> ZARIFIAN P., *Objectif compétence – Pour une nouvelle logique*, Paris, Liaisons, Collection Entreprise & Carrières, 203 pages, cit. p. 64.

<sup>18</sup> DEVIN B., JOUVENOT C. & LOISIL F. (coord.), *Du management des compétences au management du travail*, éditions du réseau ANACT, Lyon 2009, 302 pages, cit. p. 36.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 142.

#### 4.1.2.2 Les outils de la compétence

- Le référentiel des compétences : il s'agit d'un recensement et d'une identification des compétences qui sont nécessaires à l'organisation pour son fonctionnement actuel et peuvent l'être dans le cadre d'une évolution d'une organisation. « *Un tel référentiel [de compétences] a pour fonction première de formaliser les exigences collectives de la production, dans la mesure où les différentes rubriques sont présentes dans les référentiels des trois niveaux hiérarchiques afin de vérifier leur présence au sein des équipes, plutôt que de déterminer la valeur professionnelle de chaque salarié en tant que telle* »<sup>20</sup>
- La cartographie des compétences : elle permet d'avoir une vision générale de l'atteinte du niveau de compétence requis pour l'entité par métier et par individu. Elle offre une vision des compétences au niveau d'un collectif dans son ensemble et permet de visualiser les besoins de compétences.
- L'entretien d'évaluation est un outil de gestion et de management des ressources humaines qui permet de mesurer et d'apprécier de manière objective les compétences mises en œuvre par un professionnel et/ou un collectif, dans des situations identifiées.
- La professionnalisation est un processus qui permet le développement des compétences tant individuelles qu'organisationnelles aptes à assurer la qualité du service rendu et sa pérennité. L'ingénierie de la professionnalisation, « *c'est-à-dire la mobilisation de différentes ressources et différents contextes [est mise en œuvre] pour assister, favoriser et renforcer le développement des compétences des opérateurs en relation avec les évolutions des contextes identifiés* »<sup>21</sup>.

#### 4.1.2.3 Les leviers de la compétence

- La responsabilité est la capacité à gérer une mission ou une tâche confiée, et une obligation à rendre compte de ses actes, de façon individuelle et/ou collective. La responsabilité est souvent mise en corrélation avec la professionnalisation car selon les auteurs de l'ouvrage collectif de l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), « *le vrai professionnel est celui qui assume ses responsabilités, et c'est par l'exercice de sa responsabilité qu'il devient un professionnel* »<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 180.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 20.

- La reconnaissance est le signe résultant d'un échange mutuel, de soi aux autres et de soi à soi, qui permet de s'identifier et de se construire. Elle désigne les phénomènes tangibles et immédiats de la valorisation des compétences.

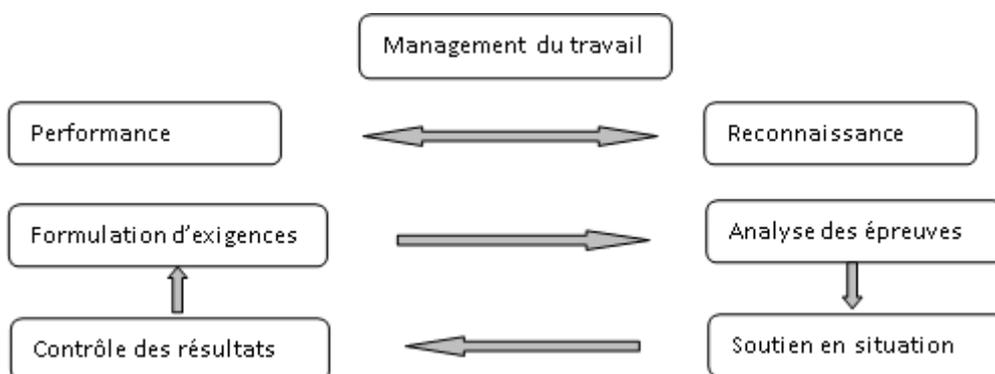
Les outils et les leviers identifiés participent à la « démarche compétence ». L'ouvrage collectif édité à l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) présente cette dernière : « *les dimensions (stratégie, organisation, compétences, management) sont fortement liées entre elles. Elles constituent en fait les quatre composantes qui doivent, selon nous, être prises en compte pour construire une dynamique Compétence cohérente, mobilisatrice et génératrice de performance globale* »<sup>23</sup>. C'est en tenant compte et pour répondre à cette démarche de performance globale que le management des compétences s'exprime.

#### 4.1.3 Le management du travail

##### 4.1.3.1 *Caractéristiques du management du travail*

Il est caractérisé par un ensemble de méthodes et de techniques d'organisation et de gestion du travail qui permettent de mettre en place des pratiques de professionnalisation et de reconnaissance, dans un objectif de performances et de conditions de travail souhaitées. Les auteurs contributifs à l'ouvrage de l'ANACT (B.DEVIN, C.JOUVENOT, F.LOISIL, 2009) précisent que « *les quatre aspects du management du travail que nous avons retenus sont les suivants : la gestion conjointe des compétences et des conditions de travail ; l'attention à la reconnaissance ; le management de la coopération dans les collectifs de travail ; les conditions de pérennisation du nouveau rôle dévolu au management* »<sup>24</sup>.

Les interactions présentées dans le cadre du management du travail sont schématisées ainsi par les auteurs<sup>25</sup> :



<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 187.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p. 236.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 301.

#### 4.1.3.2 *Le changement dans le management du travail*

Le changement est le fait ou l'action de modifier, de passer d'une conception, d'une identité, d'une pratique, d'une situation à une autre, pour un individu ou un collectif, qui nécessite, participation, adaptabilité et ajustement.

Une partie importante de *L'acteur et le système* développe ce concept de changement. Pour les auteurs, « *ce sont les hommes qui changent, que non seulement ils ne changent pas passivement, mais qu'ils changent dans leur collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement, mais dans leurs relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale* ». <sup>26</sup> Comme les acteurs sont inscrits dans une organisation et donc un système, c'est celui-ci qui subit d'abord le changement. C'est pourquoi, « *pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Sont en question plus particulièrement les jeux qui commandent les rapports sociaux et forment, comme nous avons essayé de le montrer, la trame des institutions. Et ce qui doit changer dans ces jeux, ce ne sont pas, comme on le croit un peu hâtivement, les règles, mais la nature même du jeu* ». <sup>27</sup>

Pour les auteurs, le changement a toujours deux faces. Il est à la fois un changement dans l'activité, la fonction dans un but économique ou social. Mais il est également « *et toujours transformation des caractéristiques et modes de régulation d'un système, et il peut être, enfin, à la limite, transformation des mécanismes de changement eux-mêmes.* » <sup>28</sup>

C.MARSAN ajoute dans son ouvrage, que « dans le cas d'un changement organisationnel, il sera essentiel de rechercher les points d'accroche entre les acquis, les connaissances, les possibilités et les représentations actuelles des employés et des managers et de créer un lien suffisant avec les représentations du changement à venir. Ces passerelles cognitives seront d'autant plus efficaces que les avantages du changement auront pu être mis en avant » <sup>29</sup>. L'auteur donne par ailleurs des conseils pour accompagner le changement tant au niveau de la communication, des attitudes à adopter, de la compréhension du vécu des équipes qui vivent le changement que dans l'encouragement à l'adhésion au changement.

---

<sup>26</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, Collection Points Politique, 1981 (1<sup>ère</sup> édition 1977), 577 pages, cit. p. 379.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 383.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 391.

<sup>29</sup> MARSAN C., *Réussir le changement*, Comment sortir des blocages individuels et collectifs ?, Paris, De Boeck, Collection Manager RH, 2008, 290 pages, cit. p.116-117.

Au final, la conduite des projets de changement débouche alors sur une démarche compétence. En contribuant ainsi conjointement à « *l'optimisation des démarches de gestion des ressources humaines, de management et de conduite de projets de changement* »<sup>30</sup>, le management du travail s'exerce pleinement dans la logique performance et stratégique, tout en tenant compte de la reconnaissance des professionnels et donc, des conditions de travail.

## 4.2 La mise en œuvre de la méthodologie du projet

### 4.2.1 Les acteurs

L'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle (médicale et non médicale) de pédiatrie est concernée par ce projet. Il en va de même pour les cadres du secteur enfant ainsi que pour les professionnels du secteur pédiatrique faisant le choix de la polyvalence avec le service de pédiatrie.

Ce travail n'a pas des effets uniquement au sein du service de pédiatrie. Il doit tenir compte des structures transversales (pharmacie, informatique, gestion administrative des patients, services logistiques, etc.), des coopérations établies avec les centres de référence et le réseau RIFHOP, ainsi que des patients et de leur entourage.

### 4.2.2 Les outils

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, il a été nécessaire de constituer un groupe de travail représentatif des professionnels amenés à exercer en HDJ d'oncologie pédiatrique, coordonné par le cadre de pédiatrie.

Il est composé de cinq infirmières/puéricultrices d'ancienneté et de compétences différentes dans le service de pédiatrie. L'une d'elles est puéricultrice dans le service depuis plus de 7 ans, une autre puéricultrice (qui a travaillé pendant plus de 5 ans en néonatalogie et qui exerce en pédiatrie depuis près de 5 ans) a suivi des formations complémentaires pour les traitements du cancer de l'enfant, une troisième est infirmière depuis 2 ans et l'exerce en pédiatrie est son premier poste. De plus, deux infirmières/puéricultrices qui font de la polyvalence avec la pédiatrie ont accepté de participer au groupe de travail, par intérêt pour la spécialité de la pathologie traitée (oncologie) mais aussi parce que le travail de réorganisation concerne l'hôpital de jour, structure qui les a beaucoup mobilisées et intéressées. L'une d'elle exerce en service de néonatalogie depuis 2 ans, l'autre au service des urgences gynéco-pédiatriques depuis 4 ans.

---

<sup>30</sup> DEVIN B., JOUVENOT C. & LOISIL F. (coord.), *op cit.* p.237.

Une auxiliaire de puériculture, une éducatrice de jeunes enfants, ainsi que le pédiatre référent de l'oncologie complètent ce groupe.

Lors des réunions, les professionnels ont pu analyser les organisations et travailler sur les processus de l'activité. La réflexion sur l'accompagnement et de le développement des professionnels s'est faite de façon concomitante avec certains membres du groupe de travail et l'équipe d'encadrement du secteur enfant.

L'ensemble des données disponibles a été utilisé, étudié et pris en compte. Il s'agit des éléments d'activités, des procédures internes à l'établissement concernant les services supports, techniques et logistiques. Les réglementations législatives et les recommandations des centres de référence et du réseau ont également fait partie de la réflexion. L'étude parallèle des concepts identifiés dans la partie précédente a permis de mieux cerner les enjeux et les leviers de cette réorganisation. Elle a été intégrée dans la démarche du projet. Enfin, la réécriture du projet de pôle et donc du projet de service a également été pris en considération. En effet, pour les quatre prochaines années, le service de pédiatrie développera la prise en charge des maladies chroniques au sein de l'hospitalisation et des différentes alternatives à l'hospitalisation (consultations, HDJ), dans le cadre d'une offre de recours et de proximité pour les patients et les professionnels. L'oncologie en est un des axes.

La première réunion a permis de poser le cadre du projet et les différents objectifs opérationnels intermédiaires permettant de répondre à l'objectif principal. Par la suite, les membres du groupe de travail devaient traiter chaque objectif selon le calendrier défini, en tenant compte des éventuelles observations de l'ensemble de l'équipe. Les réunions permettaient ainsi des échanges sur l'ensemble des réponses apportées et une validation des propositions effectuées. La rédaction des procédures et/ou des protocoles a été réalisée et validée au sein du groupe avant la présentation à l'ensemble de l'équipe au cours de réunions successives. Au total, quatre réunions ont eu lieu, dont les comptes rendus ont servi d'échanges réguliers avec le cadre supérieur coordonnateur du pôle femme-enfant.

### 4.3 L'organisation de l'activité par processus

Pour travailler l'organisation de l'activité par l'approche processus, le groupe de travail a fait le choix de décrire les trois grandes étapes de la prise en charge de l'enfant en HDJ d'oncologie pédiatrique : la programmation des séances, le parcours de soins et les traçabilités post-séance. Pour chaque processus, des éléments communs devaient être identifiés : les acteurs et les bénéficiaires, les éléments d'entrée et de sortie ainsi qu'une description du processus.

#### 4.3.1 La programmation des séances

La programmation de l'activité d'oncologie ambulatoire concerne à la fois les soins relevant d'une prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation de jour, donc de l'unité fonctionnelle idoïne (UF 5089) et ceux appelés « actes externes », qui sont codés au sein de l'unité fonctionnelle des consultations pédiatriques (UF 5071). Les premiers sont codés selon leur identifiant « groupe homogène de malades (GHM) » et plus précisément selon le « groupe homogène de séjour » (GHS), les seconds le sont selon la nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Nous avons montré dans la présentation du secteur pédiatrique que la prise en charge de l'HDJ d'oncologie pédiatrique par un binôme dédié est réalisée les lundi – mercredi – vendredi. De plus, la préparation des cytotoxiques effectuée à la pharmacie centrale du centre hospitalier d'Argenteuil ne peut être faite que les jours ouvrés, soit du lundi au vendredi.

La programmation des patients doit donc tenir compte du motif de leur venue. Les séances de chimiothérapie sont essentiellement positionnées les lundi – mercredi – vendredi. Toutefois, les protocoles des séances de chimiothérapie ont un calendrier qu'il faut respecter (jour « J » du protocole, également appelé « temps du protocole ») et pour lesquels il n'est pas toujours possible de modifier les dates. Cette contrainte dans la programmation est prise en compte. Par ailleurs, il est indispensable que l'étape du protocole en cours soit inscrite dans la base de données du logiciel de la pharmacie. En effet, le pédiatre doit accorder la validation informatique de la demande d'administration (« OK chimio ») la veille de l'administration du traitement. Les prélèvements sanguins sur cathéter central ou sur les chambres à cathéter implantable, les réfections de pansement de cathéter central ainsi que les transfusions sanguines sont programmés principalement sur les trois journées identifiées mais peuvent être positionnés sur tous les jours de la semaine (du lundi au dimanche inclus) selon le degré d'urgence. La modification de l'état de santé de l'enfant peut nécessiter un examen clinique par le pédiatre. La prise en charge a lieu alors, systématiquement dans les chambres identifiées du service de pédiatrie (si le secteur d'HDJ est

fermé), de jour comme de nuit, réduisant ainsi le délai d'attente et le risque de contagiosité inhérents au passage éventuel par le service des urgences pédiatriques.

Enfin, les centres de référence sont amenés à contacter les pédiatres et/ou le cadre lors de modifications de protocoles, de temps du protocole, ainsi que lorsqu'un nouveau patient est adressé pour une prise en charge de proximité.

Les programmations sont réalisées principalement par le cadre de pédiatrie en collaboration avec le pédiatre référent en oncologie.

L'ensemble des paramètres définis ci-dessus (temps du protocole, éléments de surveillance, etc.) mais aussi les programmations de « dernières minutes » sont intégrés.

Les programmations sont transmises à l'agent médico-administratif de la pédiatrie pour intervention auprès de la gestion administrative des patients (identification du séjour et du patient, de l'unité fonctionnelle) et pour inscription sur l'agenda. Le support de programmation est informatisé depuis début avril 2015. Un travail a été fait avec le service informatique de l'établissement afin qu'il réponde aux besoins de programmation, mais aussi pour un usage aisé pour les équipes.

Les programmations sont également données aux familles des patients. Les rendez-vous du mois suivant sont ainsi communiqués en fin de mois en cours (ex. : les rendez-vous du mois de juin ont été donnés fin du mois de mai). La programmation tient compte de l'évolution dans les phases du protocole (temps du protocole). Les familles sont prévenues qu'il peut y avoir des décalages dans les dates proposées (souvent un recul de dates) selon les résultats des bilans sanguins. En effet, certains protocoles ne peuvent être réalisés que selon des critères biologiques éligibles.

La pharmacie de l'hôpital Simone VEIL est également destinataire des programmations des séances de chimiothérapie des enfants suivis. Le pharmacien, après contrôle du « OK chimio » établi et signé par le pédiatre, valide de son côté la demande de préparation des cytotoxiques qu'il contrôlera à réception dans les locaux de la pharmacie. Pour ce qui est des nouveaux patients pris en charge, si le protocole n'est pas déjà dans la base de données du logiciel, le pharmacien doit le créer et l'y intégrer. Le délai de réalisation de cette étape nécessite plusieurs jours selon le contenu du protocole. Ce temps est pris en compte dans les programmations des séances de chimiothérapie et anticipé au maximum de telle sorte qu'il n'y ait pas de ruptures dans le schéma des différentes étapes du protocole.

La valeur ajoutée de ce processus est de pouvoir offrir une réactivité au plus près des attentes et des besoins tant des patients et de leur famille que de ceux des centres de référence, en termes d'offre de soins de proximité.

#### 4.3.2 Le parcours de soins

Le processus du parcours de soins se déroule dans la chambre dédiée à l'oncologie pédiatrique. Que ce soit dans le secteur d'HDJ dédié ou dans le service d'HC de pédiatrie, une chambre est toujours équipée en filtres à tous les points d'eau, ce qui réduit au maximum les risques de transmissions des bactéries par ce vecteur, et ce d'autant plus, que les enfants cancéreux pris en charge sont souvent en aplasie.

Les différentes étapes du parcours de soins sont ainsi développées : l'accueil, la séance en elle-même, la sortie.

L'accueil se décompose en deux étapes que sont l'installation et l'entretien d'accueil. Selon la programmation effectuée, les équipes sont informées de l'horaire de venue de l'enfant ainsi que du motif de prise en charge. Elles organisent leurs activités de telle sorte qu'une personne au moins soit disponible pour accueillir l'enfant et son entourage à leur arrivée. La commande du plateau repas est anticipée selon l'horaire de venue de l'enfant et la durée moyenne de la séance. À leur arrivée, l'enfant et son parent sont directement orientés vers la chambre qui a été préparée au préalable (appareils de mesure présents, matériels de protection, etc.). L'inscription de l'arrivée de l'enfant dans le service est indiquée sur le logiciel des mouvements de patients par un des membres du binôme.

Très rapidement, une évaluation de la situation clinique et de l'état de santé de l'enfant est faite conjointement entre le binôme et le pédiatre. Les évolutions dans l'état de santé et dans les comportements de l'enfant sont analysées. Les interactions familiales sont également abordées et au besoin, des professionnels transversaux peuvent être amenés à être sollicités (diététicienne, assistante sociale, psychologue) tant pour l'enfant que pour la famille. Ce travail s'effectue en complément du compte-rendu de visite à domicile de l'infirmière coordinatrice du secteur du réseau RIFHOP, lequel est envoyé aussi bien au centre de référence qu'au centre de proximité. Le pédiatre et l'infirmière/puéricultrice expliquent à l'enfant et aux parents le déroulement de la séance.

La séance en elle-même repose sur la réalisation des soins prévus. Ils sont expliqués et mis en œuvre selon les protocoles par le binôme, à partir de la programmation et des éléments recueillis à l'arrivée et en respect des procédures administratives, techniques et logistiques. Ainsi, la livraison des thérapeutiques cytotoxiques en pédiatrie, est effectuée par le service logistique, après que celles-ci ont été vérifiées et contrôlées par le pharmacien. Un second contrôle est réalisé par l'infirmière/puéricultrice à réception des traitements en les corrélant à la prescription médicale.

Les risques inhérents au soin sont pris en considération et leur prévention s'inscrit dans la démarche de prise en charge. Ainsi, les soins douloureux ou susceptibles de l'être sont réalisés sous MEOPA (mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote), avec pose d'EMLA® (pommade d'anesthésique local) pour les injections intratéchales. De plus, très souvent, l'éducatrice de jeunes enfants est présente lors des soins, que ce soit en amont, pendant ou en aval du soin. Elle a un rôle important de par sa mission de diversion, de prévention et de conseils éducatifs. Les enfants, les parents comme les professionnels ont pu constater que cette présence était précieuse au cours des soins qui peuvent être longs et/ou difficiles. Le temps du soin est également consacré à un accompagnement et au soutien de l'enfant et de sa famille. Lorsque le soin est réalisé, il est aussitôt tracé sur les documents de transmissions et de traçabilité adéquats.

La sortie en fin de séance se prépare à plusieurs niveaux.

Au niveau des soins et des prises en charge, les conseils de surveillance, les mesures de suivi biologique et clinique, le suivi des traitements pris à domicile ainsi que les prochaines étapes du protocole sont réexpliqués par le pédiatre en collaboration avec l'infirmière/puéricultrice. En effet, une première explication est donnée par le pédiatre oncologue du centre de référence mais celle-ci peut n'être que partiellement comprise car elle a eu lieu lors des rendez-vous bimestriels ou trimestriels au centre de référence. Le dossier de liaison, celui proposé par le RIFHOP, est également complété par l'infirmière/puéricultrice avant la fin de la séance.

Au niveau administratif, les programmations des prochaines séances sont rappelées et communiquées. Le renouvellement de certaines ordonnances ou les démarches relatives à la prise en charge financière des transports sont également réalisés en fin de séance et remis après explications aux parents. La sortie définitive de l'enfant entraîne la clôture de la séance au niveau du logiciel de gestion des mouvements des patients.

Par ailleurs, la situation particulière que constitue la première venue de l'enfant et de sa famille en HDJ d'oncologie pédiatrique est prise en considération. Pour ce faire, certains éléments concourent à assurer le lien entre le centre de référence et le centre de proximité. Il s'agit du compte-rendu de la dernière réunion de concertation pluridisciplinaire, du dernier compte-rendu d'hospitalisation, du protocole et du temps dans le protocole mais aussi de certaines données familiales. Ils permettent d'établir une relation privilégiée et individualisée avec l'enfant et sa famille. Hormis un éventuel prélèvement sanguin, la première séance est toujours consacrée à une présentation de la structure, des équipes et des modalités d'organisation. Des documents d'information sont alors remis (livret d'accueil de la pédiatrie, fiche d'informations spécifiques à l'oncologie) ainsi que la programmation des prochaines séances. Le pédiatre référent en oncologie

ainsi que le cadre du service sont présents auprès de l'enfant et des parents pour apporter toutes les précisions.

L'intérêt de ce processus est de pouvoir offrir une prise en charge personnalisée et individualisée de l'enfant et de son entourage. Ce qui répond à des critères de qualité et de satisfaction. De plus, le parcours de soins s'effectue toujours en collaboration avec les centres de référence parisiens et selon le respect des procédures et protocoles diffusés au sein du réseau RIFHOP, ce qui apporte, ici aussi, un gage de qualité et de sécurité des prises en charge.

#### 4.3.3 Les traçabilités post-séance

À l'issue de la séance, qu'elle soit dans le contexte de l'hospitalisation de jour ou dans celui de l'acte externe, l'ensemble des acteurs complète différents éléments de traçabilité.

En premier lieu, il s'agit de s'assurer de la traçabilité des soins réalisés par l'ensemble de l'équipe au niveau des transmissions dites infirmières et dans le dossier médical de l'enfant, par la présence d'une observation écrite faite par le pédiatre qui retrace les données essentielles de la situation de l'enfant. Dans le cadre de séance relevant d'une HDJ, un compte-rendu de la séance est dicté par le pédiatre qui a examiné l'enfant.

La codification de la séance est enregistrée par l'agent médico-administratif de la pédiatrie (codage GHS ou codage CCAM). Il effectue la frappe du compte-rendu et l'adresse aussi bien à la famille, au médecin traitant qu'au pédiatre oncologue du centre de référence.

La réalisation des séances de chimiothérapie est validée à l'informatique sur le logiciel prévu et une copie papier est adressée à la pharmacie pour traçabilité, l'original étant inséré dans le dossier de l'enfant. La validation de la séance est faite sur l'agenda informatique.

Enfin, les données statistiques des actes et des séances de chimiothérapie réalisés sont recensés par le cadre de pédiatrie et l'agent médico-administratif pour analyse et restitution interne mais aussi pour diffusion des données au sein du réseau RIFHOP.

L'intérêt de ce processus est de répondre aux critères de qualité des prises en charge pour la transmission des informations aux différentes personnes concernées. Il est également important dans son aspect performance, puisqu'il permet d'analyser les indicateurs de l'activité au regard de l'organisation en place et de les mettre en perspective avec les résultats d'autres centres hospitaliers de proximité faisant partie du réseau RIFHOP.

## 4.4 L'organisation des ressources humaines

Le groupe de travail a étudié les modalités d'accueil et d'encadrement des professionnels au sein de l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique. En s'appuyant sur le travail des concepts identifiés dans la première partie de la méthodologie du projet, les cadres du secteur enfant ont affiné la démarche entreprise en tenant compte des procédures institutionnelles déjà présentes.

Le groupe de travail s'est attaché à caractériser l'organisation « hôpital de jour d'oncologie pédiatrique ». Les éléments qui ont été abordés et qui ont fait l'objet d'échanges constructifs tant au sein du groupe de travail qu'au sein de l'équipe au sens général peuvent être regroupés par le biais d'une analyse de l'organisation.

### 4.4.1 Analyse de l'organisation

#### 4.4.1.1 *Analyse fonctionnelle*

Elle permet de déterminer les processus de l'organisation que nous avons évoqués dans la partie précédente.

Elle repère également les ressources du système. Le parti pris a été de définir ce qui fait la spécificité de l'organisation d'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique. Les situations prévalentes inhérentes à cette organisation ont été identifiées. Elles font partie intégrante des processus de l'organisation : la programmation de la séance, l'accueil du patient, le prélèvement sur voie centrale (cathéter central et cathéter à chambre implantable), l'administration de thérapeutiques cytotoxiques et la traçabilité des soins réalisés sur les différents supports. Ce sont donc les compétences individuelles et collectives dans le cadre de ces situations qui ont été spécifiées. Enfin, les ressources sont multiples : les centres de référence, le réseau RIFHOP, le patient et sa famille mais aussi toutes les structures connexes nécessaires (pharmacie, système informatique, système logistique, etc.).

Enfin, il s'agissait de mettre en lumière les paramètres de la conception de l'organisation. Cette dernière a des frontières souples puisqu'elle s'intègre dans le cadre de la mutualisation des professionnels au sein du secteur pédiatrique mais également avec les structures connexes décrites car la conception de l'organisation participe à la coopération avec le centre hospitalier d'Argenteuil pour la préparation des chimiothérapies. Les modes de contrôle de l'organisation reposent essentiellement sur la norme en ce qui concerne l'intégration et la formation des professionnels grâce à l'entraide et à la coopération entre les équipes ; ils reposent aussi sur la règle avec la mise en place et le respect des procédures et des protocoles ainsi qu'avec le suivi des indicateurs.

#### 4.4.1.2 *Analyse politique*

L'isolement géographique de l'HDJ d'oncologie pédiatrique entraîne un changement majeur dans l'exercice professionnel des IDE/IPDE et AP. Il est source d'incertitude et peut donc générer une résistance de certains professionnels pour adhérer au projet voire se l'approprier. L'identité professionnelle et les représentations que se font les acteurs de cette organisation au sein d'un secteur géographique dédié, sont bousculées. Le développement d'un parcours professionnalisant et d'une démarche d'accompagnement au changement sont autant de démarches qui ont été mises en avant comme étant indispensables pour que les professionnels trouvent du sens à leur travail et donc du « désir au travail ».

L'équipe de pédiatrie a participé de façon très collaborative et avec beaucoup de cohésion au transfert du pôle femme-enfant et plus spécifiquement au déménagement du secteur enfant ainsi qu'à la réorganisation de l'HC de pédiatrie. Il n'y a pas d'opposition majeure constatée au sein de l'équipe mais il y a des appréhensions et des réserves qui pourraient évoluer très rapidement vers une résistance et dont il faut prendre acte.

#### 4.4.1.3 *Analyse culturelle*

Le dernier angle d'étude de l'organisation tient compte des trois aspects suivants : les conceptions, les valeurs et les pratiques.

Comme nous l'avons dit dans la présentation de la structure pédiatrique, des conceptions sont communes à toutes les prises en charge. Elles concernent l'accueil et la prise en charge de l'enfant, au cours desquels un temps est dévolu à la présentation de chaque personne et de chaque étape de la séance. S'y ajoutent la prévention de la douleur, la diversion et l'explication des différents soins. Les relations interpersonnelles existent et sont entretenues par les temps d'échanges organisés (transmissions, réunion de synthèse) et par les temps d'échanges informels au travail et hors travail. Elles apportent soutien, aide et reconnaissance du vécu de chaque professionnel.

Les valeurs prédominantes du service de pédiatrie sont le sens du collectif avec une très grande cohésion et confiance dans les pratiques et les modalités d'exercice. La coopération et l'entraide au sein de l'équipe sont prépondérantes. La socialisation par la norme collective est importante. À ces valeurs s'ajoutent une certaine stabilité et objectivité dans l'organisation, incarnées aussi bien par le pédiatre référent en oncologie que par le cadre de pédiatrie. Ils s'assurent du respect des protocoles et des procédures tant au niveau de l'organisation de l'activité par les processus, qu'au niveau de l'organisation des ressources humaines. Il y a ainsi une régulation par la règle qui permet d'agir sur l'amélioration continue de la qualité et sur la

performance de l'organisation. Les deux domaines de valeurs présentés sont entièrement acceptés et reconnus par l'ensemble du groupe de travail comme étant essentiels au bon fonctionnement de l'organisation.

Les trois analyses de l'organisation ont permis d'identifier la nécessité de disposer d'outils pour accompagner les équipes dans le cadre du projet de restructuration de l'organisation de l'activité d'HDJ d'oncologie pédiatrique. Ces outils se mettent en place sur le principe de l'organisation apprenante dans le cadre du management du travail tel qu'il a été défini dans le cadre conceptuel.

#### 4.4.2 Les outils pour accompagner les équipes

##### 4.4.2.1 *La cartographie des compétences*

Au sein de l'hôpital Simone VEIL – GHEM, un logiciel des ressources humaines a été implanté en 2013. Un travail d'identification et de sélection des savoir-faire pour chaque métier a été effectué au regard des situations de travail prévalentes et communes à l'ensemble des professionnels d'un même métier. Ce travail s'est basé sur les fiches métiers issues du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et sur les référentiels de compétences de chaque métier. Ce fut la même démarche pour les professionnels du secteur pédiatrique. Ainsi, parmi les catégories suivantes, les compétences individuelles sont : savoir-être, communication, gestion, soins et sécurité qualité. Ces compétences sont communes à tout professionnel d'un même métier au sein du secteur pédiatrique. Cette orientation a été préférée du fait de la polyvalence d'une grande partie des équipes.

Afin de repérer ce qui relève des compétences mises en œuvre dans les situations spécifiques de l'organisation de l'HDJ d'oncologie pédiatrique, le groupe de travail a fait la proposition d'ajouter des commentaires qui précisent l'évaluation des différents savoir-faire requis pour cette activité.

Lors de la campagne d'évaluation annuelle d'entretien professionnel, chaque savoir-faire est noté et complété éventuellement d'un commentaire. L'évaluation s'effectue selon une procédure clairement définie et connue par l'ensemble des acteurs (programmation du rendez-vous, préparation, déroulement et traçabilité de l'entretien).

L'entretien permet de partir des faits marquants et de revenir sur les objectifs de l'année antérieure. Il s'agit aussi d'établir la mesure de l'écart entre les savoir-faire mis en œuvre dans les situations prépondérantes et le degré de maîtrise par le professionnel. Cela permet une évaluation aussi objective que possible des compétences déployées. Au cours de l'entretien, le logiciel informatique est complété de commentaires sur les différents savoir-faire traités. Il permet d'établir une cartographie des compétences de l'agent. Enfin, les objectifs individuels et collectifs sont fixés pour l'année suivante. Le plan de formation est également discuté avec l'agent et inscrit dans l'entretien.

Les entretiens annuels d'évaluation et les cartographies des compétences ont permis au groupe de travail de connaître les niveaux de maîtrise des savoir-faire requis. Le logiciel des ressources humaines permet de qualifier l'évaluation des compétences sur la base de six cotations différentes :

- 1 = n'applique pas les consignes
- 2 = réalise de façon irrégulière les activités et applique les consignes partiellement
- 3 = réalise les activités et applique les consignes conformément à la demande
- 4 = anticipe, réalise les activités et applique les consignes parfaitement
- 5 = anticipe, réalise les consignes et applique les consignes d'un niveau supérieur à ce qui est demandé
- 6 = anticipe, réalise les consignes, applique les consignes d'un niveau supérieur à ce qui est demandé et s'investit au-delà de sa fonction

#### 4.4.2.2 *Le processus de professionnalisation*

Le groupe de travail connaissant les niveaux d'exigence attendus pour mettre en œuvre les savoir-faire de l'HDJ d'oncologie pédiatrique (cotation minimum attendue pour les compétences au niveau « 3 »), il s'est penché ensuite sur l'accompagnement des équipes dans le développement des compétences. Cela concernait aussi bien les professionnels nouvellement recrutés, les professionnels de pédiatrie que ceux qui effectuent la polyvalence avec la pédiatrie.

Une réflexion a été menée quant aux modalités d'encadrement des nouveaux professionnels affectés en pédiatrie. Une procédure d'encadrement a été élaborée. Elle comporte une fiche technique de formation des IDE/IPDE et AP, ainsi que des grilles d'évaluation des acquisitions spécifiques en HDJ d'oncologie pédiatrique. Les critères qui composent la grille d'évaluation sont complémentaires à ceux présents dans l'évaluation intermédiaire et/ou annuelle.

Ils permettent d'évaluer le degré d'acquisition et d'autonomie du professionnel concerné. Dans le cadre de l'organisation apprenante du service de pédiatrie et du management des compétences, il a été décidé que la formation pour les nouveaux recrutés en HDJ d'oncologie pédiatrique aurait lieu, dans la mesure du possible, après trois mois d'exercice en HC de pédiatrie.

Pour les agents faisant de la polyvalence avec le service de pédiatrie, l'exercice en HDJ d'oncologie pédiatrique est programmé après un mois passé dans le service et uniquement sur la base du volontariat. La démarche d'encadrement est alors la même que celle d'un nouveau recruté.

Pour l'ensemble des professionnels travaillant en pédiatrie, et ceux amenés à y travailler, des formations sont faites une à deux fois par an par l'infirmière coordinatrice du secteur nord du réseau RIFHOP. Ces formations ont principalement pour thème les soins techniques spécifiques et se réalisent sur le modèle formation-action. Dans un premier temps, il y a une présentation théorique avec différents supports (DVD, fiches techniques) qui sont édités par le RIFHOP et laissés à disposition dans le service. Puis une mise en pratique est faite sur des mannequins pour améliorer et optimiser les techniques. Elles sont également un temps d'échanges privilégié pour évoquer les prises en charge des enfants et les difficultés rencontrées dans la relation et l'accompagnement de l'enfant et de son entourage. Une attention particulière est portée aux nouveaux recrutés et aux IDE/IPDE faisant de la polyvalence dans la validation de l'acquisition des techniques.

Tous les deux mois, un rendez-vous est fixé entre le pédiatre référent en oncologie, le cadre de pédiatrie et l'infirmière coordinatrice. Il permet de faire le point sur les prises en charge des enfants. Y sont abordés les situations cliniques des enfants, le temps du protocole, l'environnement familial, les difficultés éventuelles et les points positifs observés dans la prise en charge par l'infirmière libérale ou le service d'hospitalisation à domicile, les échanges avec les centres de référence, etc. C'est également lors de ces rencontres que sont programmées et construites les réunions et formations pluriprofessionnelles, avec l'intervention de personnes ressources comme un pédiatre oncologue du centre de référence.

Tout au long de l'année, des formations et des réunions sont proposées par les centres de référence à destination des pédiatres par les réseaux comme le RIFHOP et PALIPED (équipe régionale ressource de soins palliatifs pédiatriques en Ile-de-France), auxquelles participent régulièrement des membres de l'équipe qui font ensuite un retour au collectif professionnel. Cette démarche peut s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu.

Les entretiens d'évaluation, les grilles d'encadrement, les cartographies de compétences participent au sentiment de reconnaissance. De même que l'accompagnement, le tutorat par les pairs et par les personnes ressources du service et du réseau, favorisent le développement des compétences, la mise en confiance et donc l'autonomie et la responsabilité des professionnels. Cette dynamique s'inscrit pleinement dans le management du travail et dans la valorisation des professionnels.

## 5 Les résultats du projet

La méthodologie du projet a été construite pendant les quatre réunions qui ont eu lieu entre le mois de février et le mois d'avril inclus. La réflexion sur certaines étapes de la méthodologie a été plus rapide à mener que sur d'autres et ont donc été mise en œuvre plus précocement que les autres dans le cadre du projet.

Dans les parties suivantes, nous présenterons les premiers résultats en réponse aux critères et indicateurs décrits dans la présentation du projet. Nous identifierons également ceux en attente de recueil et/ou d'analyse.

### 5.1 Les processus organisationnels de l'activité HDJ oncologie pédiatrique

#### 5.1.1 Le fonctionnement de l'hôpital de jour

Une chambre dédiée à l'hospitalisation de jour d'oncologie pédiatrique est identifiée que ce soit dans le secteur géographique dédié ou dans le service d'hospitalisation conventionnelle.

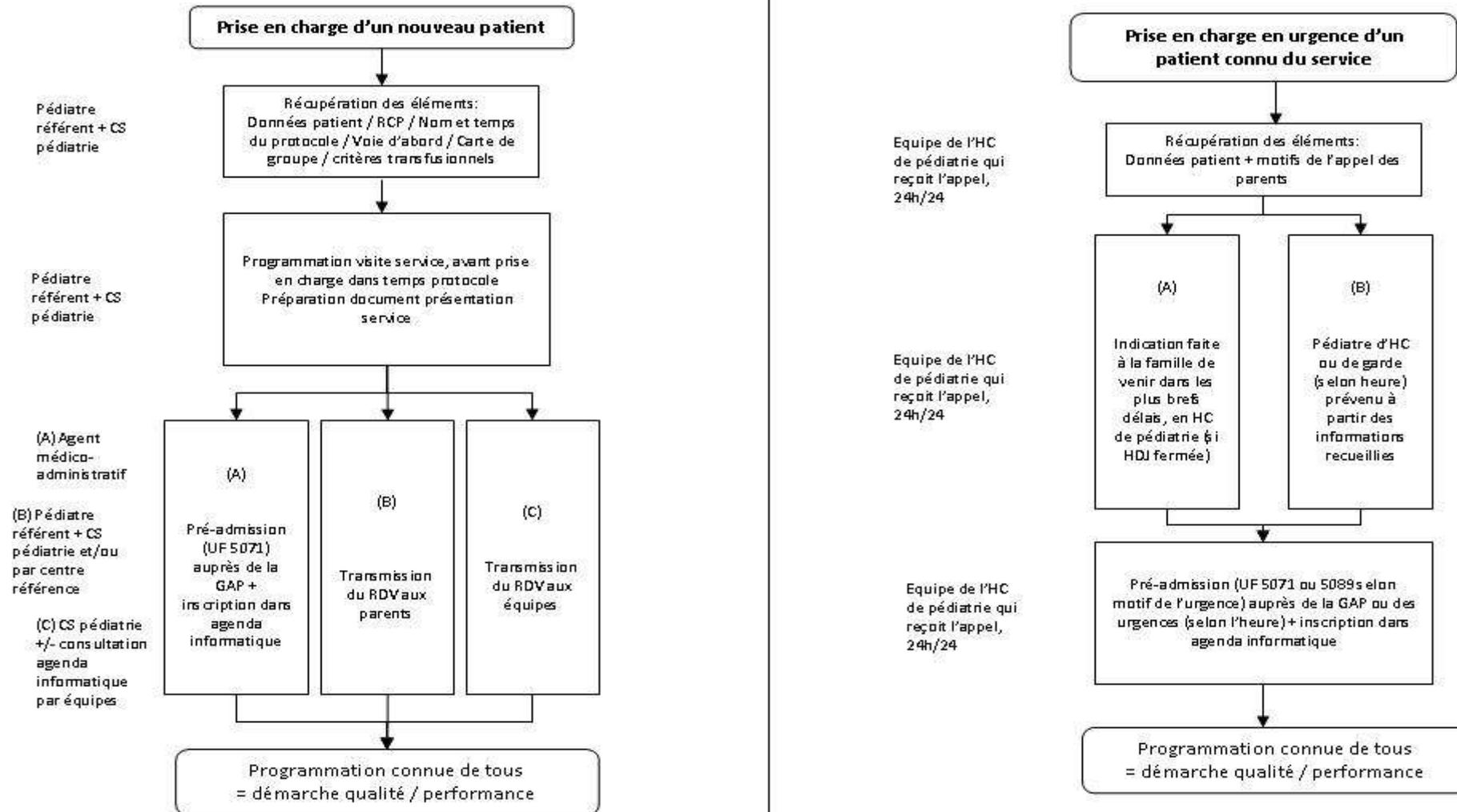
Une charte de fonctionnement générale à l'hospitalisation de jour pédiatrique avait été rédigée et validée en juin 2013. Elle comprend la spécificité des prises en charge des enfants dans le cadre de l'oncologie sur différents aspects que nous avons évoqués et que nous aborderons ci-après.

Il restera à actualiser cette charte au vu des modifications apportées par le projet de restructuration de l'organisation de l'activité d'HDJ d'oncologie pédiatrique mais également en tenant compte des orientations contenues dans le projet de service et donc projet de pôle.

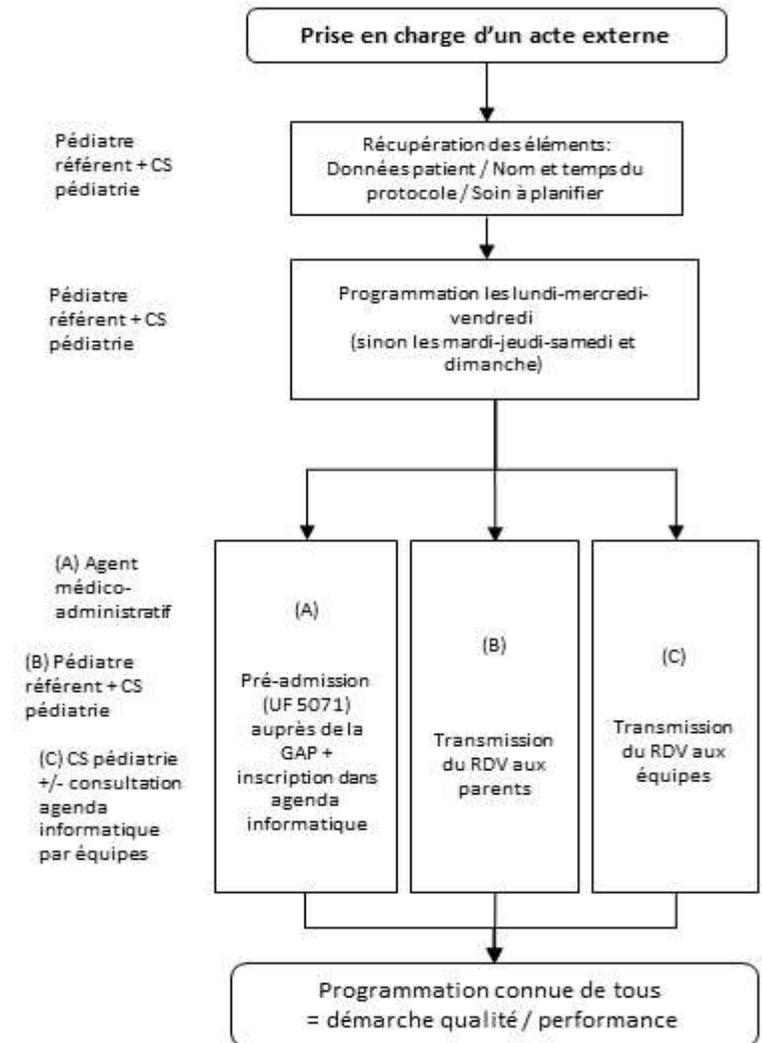
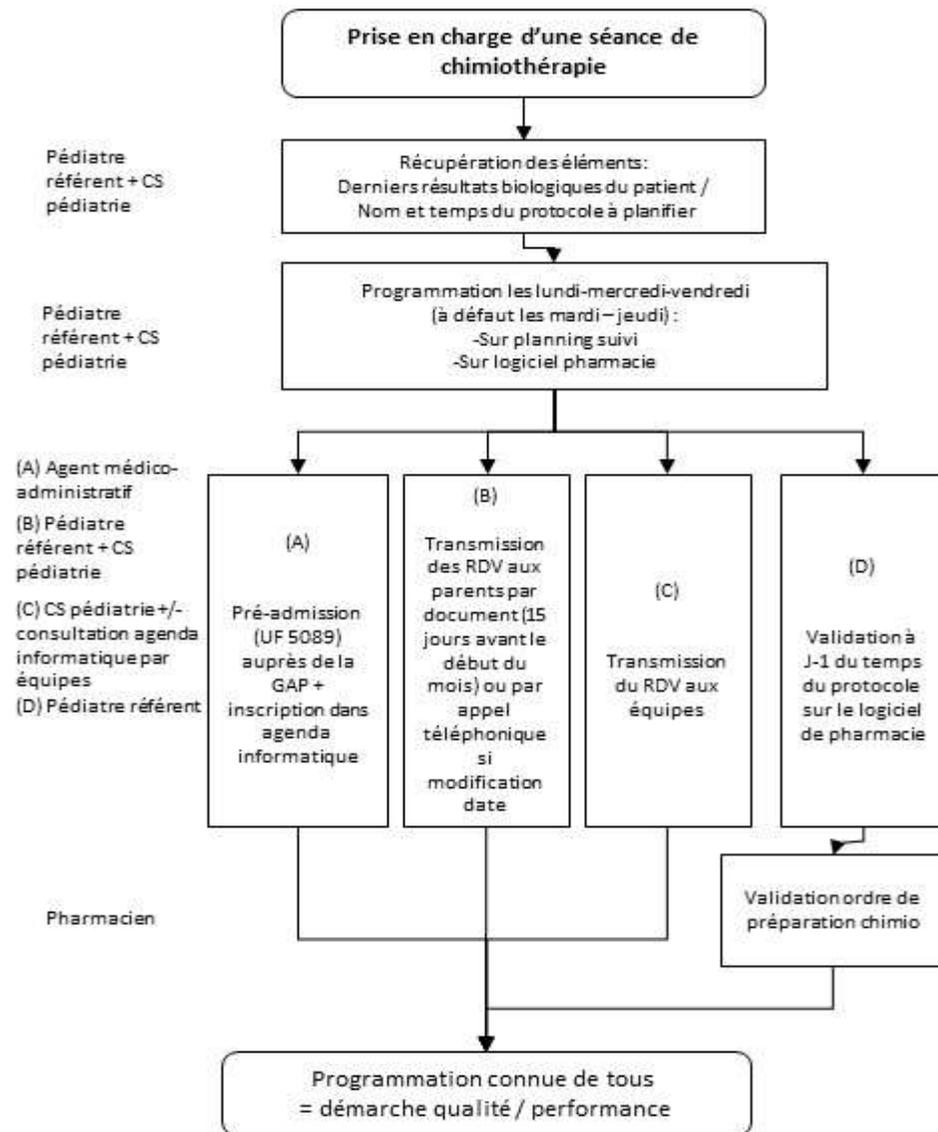
#### 5.1.2 Caractérisation des processus organisationnels

Les processus organisationnels ont été mis en forme et diffusés auprès des équipes pluriprofessionnelles. Lors de l'intégration de nouveaux professionnels (par recrutement ou déploiement dans le cadre de la polyvalence interne au secteur enfant), ces schémas sont expliqués par le cadre de pédiatrie et par les professionnels qui assurent l'encadrement en HDJ d'oncologie pédiatrique. Ils ont été très rapidement mis en application, sans difficultés particulières recensées. Ils caractérisent les trois étapes du processus organisationnel de l'HDJ d'oncologie pédiatrique et sont présentés ci-après.

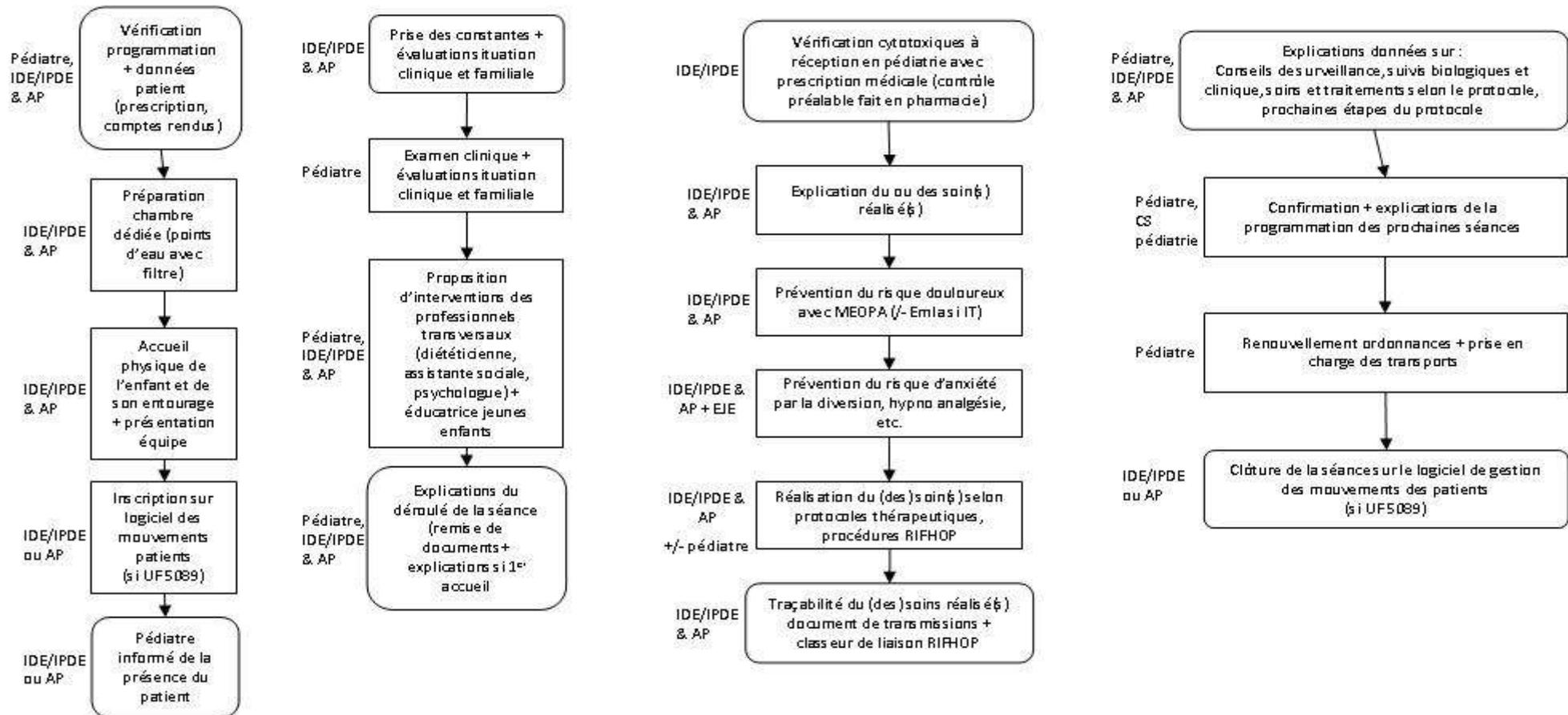
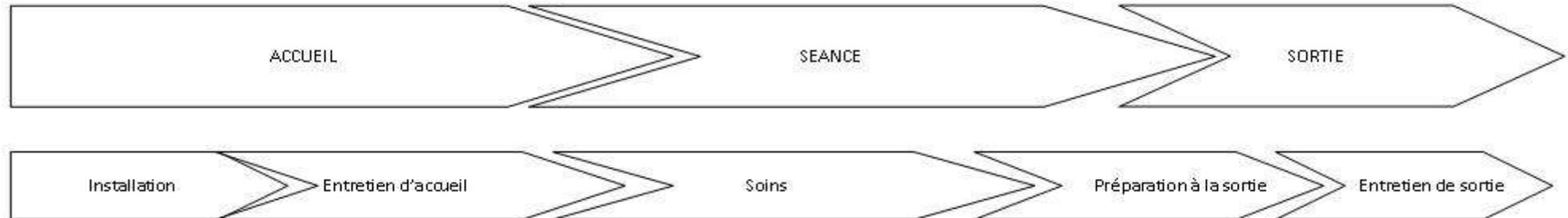
## Processus « programmation des séances d'HDJ oncologie pédiatrique » (1)



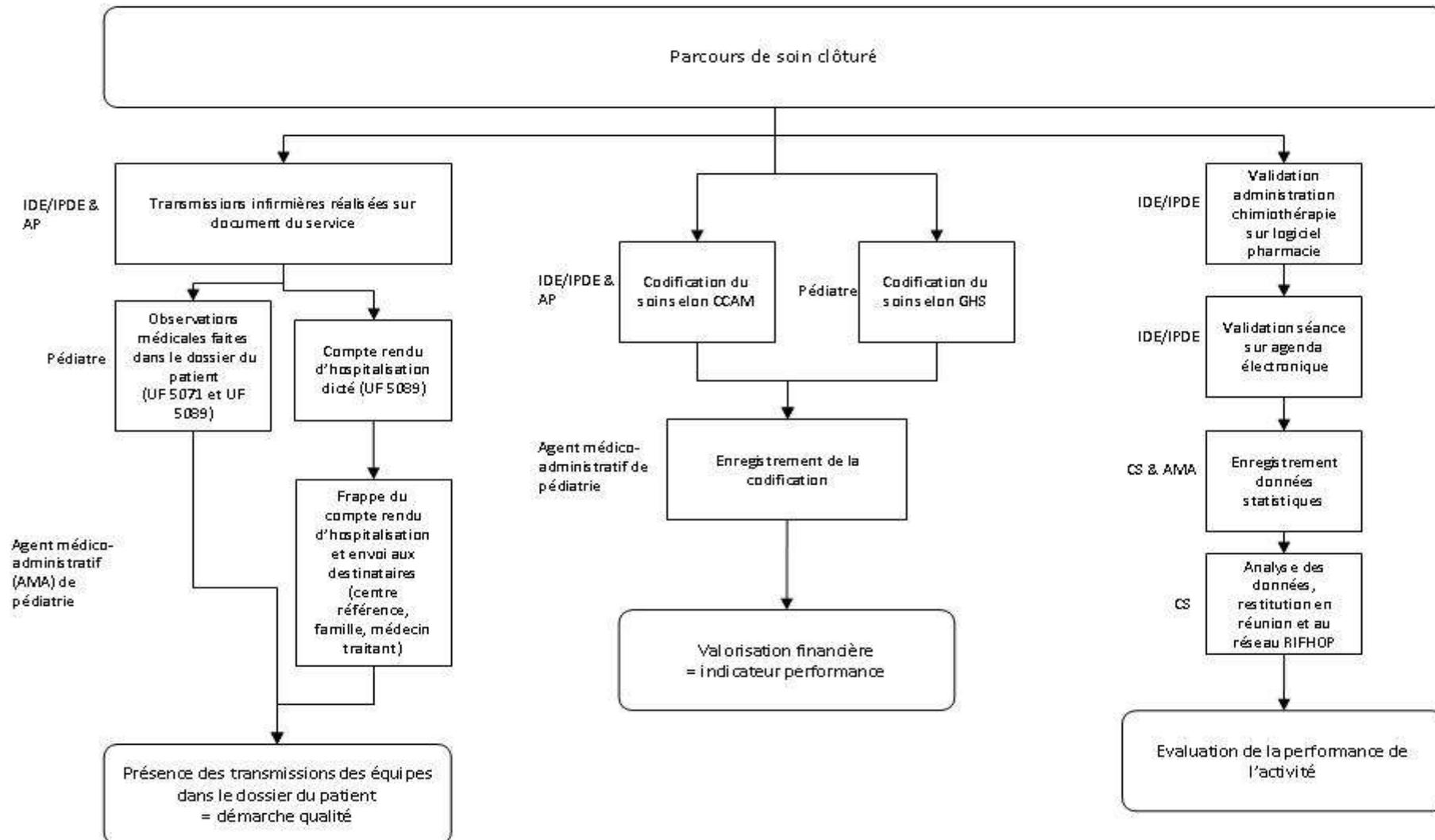
## Processus « programmation des séances d'HDJ oncologie pédiatrique » (2)



# Processus « parcours de soins d'HDJ oncologie pédiatrique »



## Processus « traçabilités post-séance en HDJ oncologie pédiatrique »

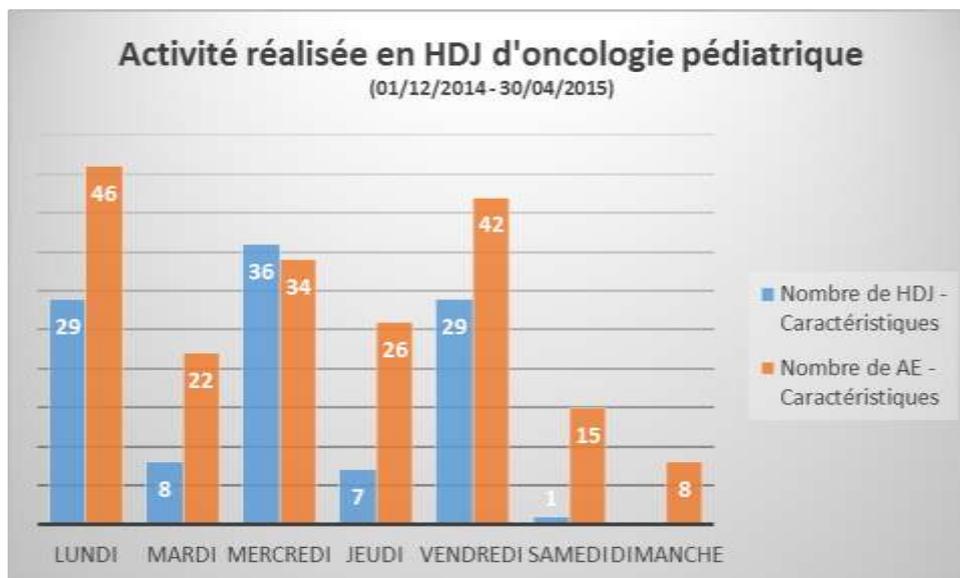


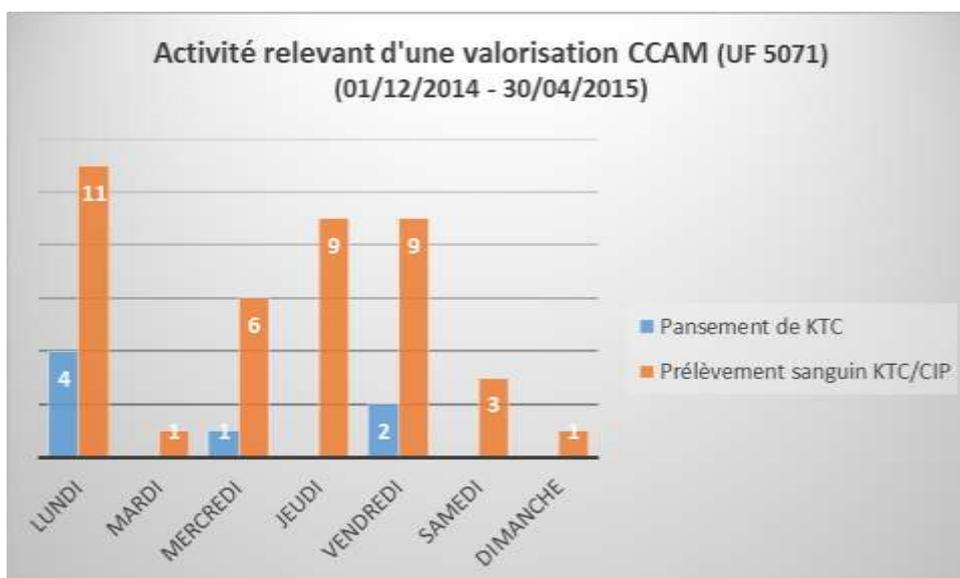
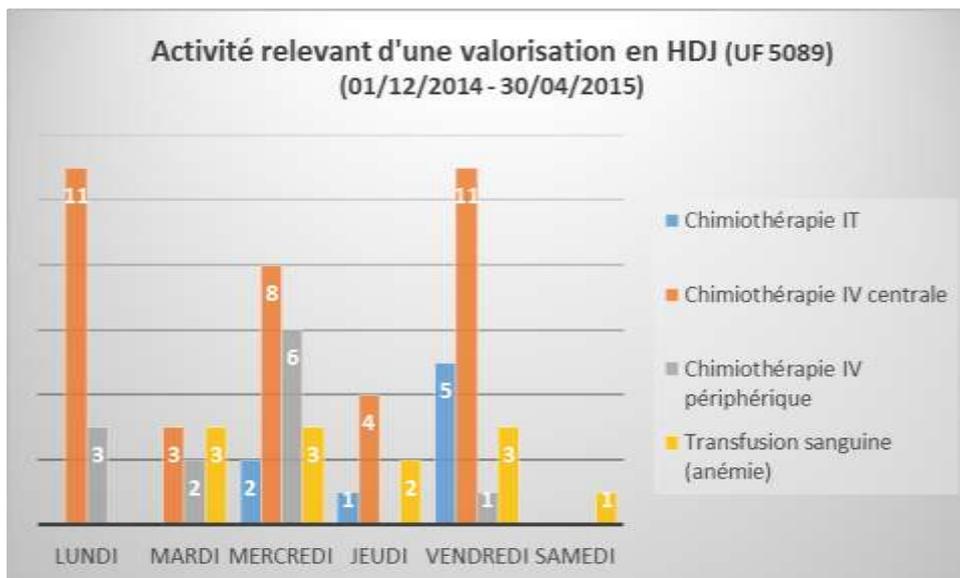
Certaines tâches des différents processus ont nécessité une réflexion relative aux besoins et leurs modalités de mise en œuvre puis, par la suite, une information voire une formation pour les publics visés. C'est ainsi que le développement de l'agenda informatisé s'est fait en deux temps. L'ensemble des professionnels non-médicaux de pédiatrie a été formé à son utilisation au mois de mars 2015. Durant le mois d'avril les deux supports d'agenda ont coexisté (agenda papier et agenda informatisé). À partir du 1<sup>er</sup> mai, seul l'agenda informatisé est utilisé.

Le logiciel de la pharmacie pour les cytotoxiques est en place depuis près de trois ans. Mais son utilisation nécessite régulièrement des mises à jour pour les pédiatres qui n'en ont pas un usage régulier comme peut l'avoir le pédiatre référent en oncologie. Des procédures de validation de protocole et de validation de préparation des thérapeutiques (« OK chimio ») ont été rédigées et servent de support dans les formations des praticiens.

### 5.1.3 Les mesures de l'activité

Depuis le transfert du pôle femme-enfant sur le site d'Eaubonne, les programmations des séances pour les enfants d'oncologie ont été privilégiées les lundi – mercredi – vendredi. Quelques situations ont induit une programmation sur les autres jours de la semaine. Dans un cas, il s'agissait du protocole de chimiothérapie en lui-même qui imposait une prise en charge tous les 3 jours, et qui, de ce fait, était positionnée sur les autres jours non dédiés. Dans les autres cas, les programmations étaient en lien avec les résultats biologiques éligibles pour effectuer les traitements de chimiothérapie. Les schémas de synthèse ci-après expriment parfaitement cette analyse.





Depuis la mise en place du processus de programmation des séances, un nouveau patient a été pris en charge au sein de la structure. Il a un protocole qui n'était pas encore enregistré dans la base de données du logiciel de pharmacie. Malgré cette contrainte, la méthodologie déployée a permis de réduire le délai de réponse favorable au centre de référence pour accueillir l'enfant. Ce délai avoisinait quinze jours, il a été ramené à six jours. Un autre enfant va arriver prochainement pour lequel les protocoles sont déjà dans la base de données, ce qui permettra de pouvoir assurer le suivi et la prise en charge au plus proche de la sortie prévue du centre de référence (deux à quatre jours).

#### 5.1.4 Évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels

Il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction réalisée auprès des usagers et des professionnels concernant la nouvelle organisation. Des échanges informels avec les deux populations ainsi qu'avec l'infirmière coordinatrice du réseau RIFHOP qui intervient aussi bien au domicile des patients que dans les centres de référence, ont fait remonter certains éléments : l'organisation est mieux connue de tous, chacun sait s'orienter et orienter l'autre, chaque professionnel est identifié comme personne ressource pour un point spécifique du processus.

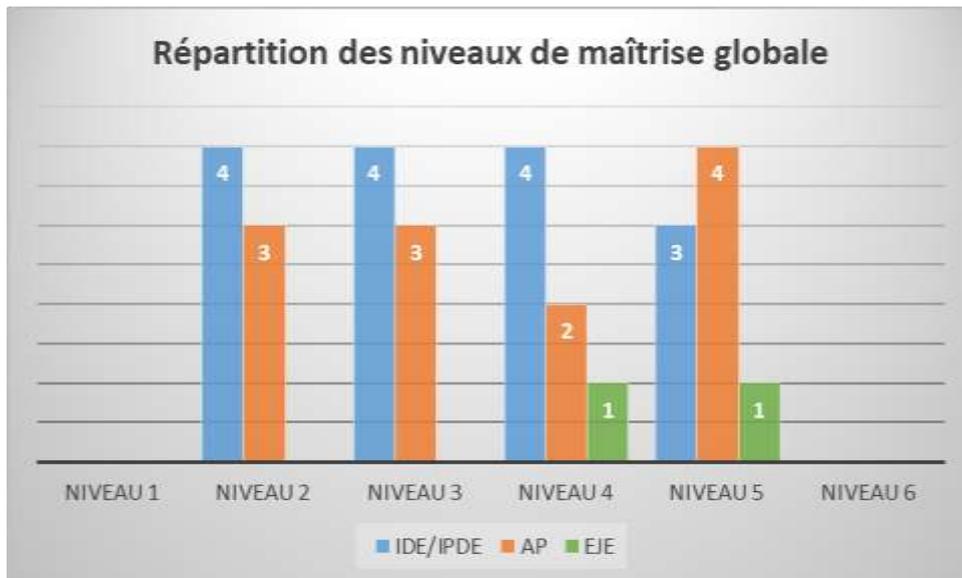
L'évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels doit faire l'objet d'un travail qui sera mené six mois après la mise en application globale du projet, soit à l'automne 2015.

## 5.2 L'organisation des ressources humaines

### 5.2.1 La cartographie des compétences des professionnels de pédiatrie

La cartographie des compétences est faite chaque année au cours de l'entretien annuel d'évaluation. Elle prend en compte les savoir-faire sélectionnés pour l'exercice de chaque métier concerné au sein du secteur enfant, sans distinction particulière pour l'activité en HDJ d'oncologie pédiatrique. Le recrutement de nouveaux professionnels au cours de l'automne 2014 et qui ont bénéficié du processus d'encadrement évoqué dans la méthodologie, a permis d'identifier la cartographie des compétences des professionnels de pédiatrie.

L'équipe est composée de 15 infirmiers (infirmiers et puéricultrices), 12 auxiliaires de puériculture et de 2 éducatrices de jeunes enfants, affectés selon le fichier structure en pédiatrie. Selon les savoir-faire évalués et la cartographie des compétences obtenue de chaque professionnel, une répartition des niveaux de maîtrise globale de l'organisation, des situations prévalentes et des processus de l'HDJ d'oncologie pédiatrique peut être effectuée. Les niveaux de maîtrise retenus sont ceux identifiés dans le cadre de l'évaluation des savoir-faire présentée précédemment.



Les professionnels dont le niveau de maîtrise est estimé à « 2 » sont des professionnels qui sont exclusivement de nuit pour 2 IDE/IPDE et les 3 AP. Ils sont intégrés dans l'évaluation car ils sont amenés à prendre en charge les patients d'oncologie lorsqu'ils sont accueillis dans le cadre de l'HC de pédiatrie pour une séance en ambulatoire (examen clinique, prélèvements sanguins, transfusion sanguine) mais surtout, lorsque ces mêmes patients sont hospitalisés « classiquement » pour aplasie fébrile, douleurs importantes et/ou difficultés alimentaires.

Les deux autres IDE/IPDE qui ont un niveau global à « 2 » sont récemment arrivés dans le service et n'ont pas encore bénéficié de l'encadrement instauré avec la méthodologie. Ils ne sont pas autonomes pour cette activité.

Les professionnels qui ont un niveau « 5 » sont des acteurs très impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux. Ils ont tous suivis des formations et ont participé à des journées d'information organisées par le RIFHOP et PALIPED. Ce sont des professionnels qui réactualisent très régulièrement leur pratique. Ils s'investissent dans le suivi des enfants et dans l'accompagnement des familles. Ce sont des personnes ressources pour les professionnels ayant moins d'expérience dans ce type de prise en charge. Elles assurent l'encadrement et le développement des compétences de leurs pairs dans le cadre de la professionnalisation et de la polyvalence.

### 5.2.2 Le processus de professionnalisation et d'habilitation

La mise en place des formations et des réunions d'informations avec les personnes ressources (IDE coordinatrice du réseau RIFHOP, pédiatre référent en oncologie) et les supports adéquats participent au processus de professionnalisation de l'ensemble de l'équipe. Les différents professionnels progressent, acquièrent et/ou entretiennent leurs compétences.

Une formation sur les soins techniques a eu lieu fin janvier 2015. Trois nouvelles IDE/IPDE de pédiatrie et deux IDE/IPDE du service des urgences et de néonatalogie et qui sont membres du groupe de travail, l'ont suivie.

Une réunion-formation pluriprofessionnelle est programmée courant du mois de juin et regroupera l'ensemble de l'équipe médicale et soignante de pédiatrie, l'IDE coordinatrice du RIFHOP et un pédiatre oncologue de R.DEBRÉ. Elle abordera différents aspects : un point sur les situations de tous les enfants suivis dans le service et une présentation faite par l'oncologue sur l'aplasie fébrile et les prises en charge inhérentes. Cette intervention permettra à l'ensemble des participants de faire une analyse des pratiques professionnelles qui ont été mises en œuvre lors de l'hospitalisation d'un jeune adolescent en décembre 2014. Celle-ci a eu un fort impact psychologique sur les professionnels. En effet, ce patient en « état de choc » infectieux est resté très douloureux et très « instable » sur le plan clinique, malgré la mise en œuvre des protocoles d'antalgiques et d'antibiotiques requis. Bien que le centre de référence de cet adolescent, l'hôpital R.DEBRÉ, ait notifié dans le compte-rendu qui a suivi le transfert du patient la poursuite des protocoles instaurés au cours du séjour en pédiatrie à l'hôpital Simone VEIL, l'équipe a besoin de ce temps de parole et d'échanges sur les pratiques.

Enfin, la procédure d'encadrement des nouveaux professionnels en HDJ d'oncologie pédiatrique a été expérimentée une première fois. Tous les intervenants ont fait part de leur satisfaction de cet outil. Elle permet la reconnaissance factuelle et objective des compétences validée pour le novice. Elle est facilitante également pour les professionnels qui assurent le tutorat, car elle permet de mettre en évidence les éléments techniques, administratifs et relationnels qu'il faut apporter et développer. Lors de cette première application il a été noté, par les professionnels et l'encadrement, une implication plus forte et constructive des équipes dans la participation à l'organisation apprenante ainsi développée. Des étudiants en soins infirmiers ont ainsi profité de certaines étapes de la procédure d'encadrement lorsqu'ils ont souhaité découvrir la prise en charge de l'enfant en HDJ d'oncologie pédiatrique.

### 5.2.3 Évaluation de la satisfaction des professionnels

Exception faite des éléments exposés dans les parties précédentes, l'évaluation de la satisfaction des professionnels à exercer en HDJ d'oncologie pédiatrique n'a pas été réalisée. Elle doit faire l'objet d'un travail qui sera mené six mois après la mise en application globale du projet. Un premier indicateur de satisfaction et de fidélisation des agents pourra être mesuré au cours des entretiens annuels d'évaluation qui auront lieu sur la période de juin à septembre 2015. Les premiers éléments perçus concernant le processus de professionnalisation tel qu'il est instauré, semblent, *a priori*, n'avoir pas ou peu rencontré de résistance.

## Conclusion

Nous avons pu observer depuis moins de dix ans (2007) une évolution des structures hospitalières avec la mise en place des pôles dont le rôle a été renforcé par la loi dite « HPST ».

Par ailleurs, l'introduction de la tarification à l'activité et la réalisation d'une évaluation « qualité » des établissements par la certification ont apporté de nombreuses modifications. Ces dernières concernent aussi bien les prises en charge des patients et la gestion par pôle, que les professions elles-mêmes.

Ce sont autant d'éléments qui constituent des changements importants auxquels les professionnels de la santé doivent faire face et s'adapter. En effet, comme les structures bougent, les stratégies d'acteurs des agents sont bousculées. Il leur faut en trouver d'autres. Le système que forme l'hôpital ne saurait se transformer sans que les personnels qui le composent évoluent également à leur tour. L'interaction entre l'organisation et les acteurs est essentielle pour que le changement s'instaure, perdure et continue de progresser.

C'est dans ce contexte de profondes mutations des organisations et des cultures que notre projet managérial s'est établi. Il s'agit de restructurer l'organisation de l'activité d'hospitalisation de jour d'oncologie pédiatrique, sur un secteur dédié, au sein de l'hôpital Simone VEIL – GHEM.

Après avoir positionné le contexte législatif et institutionnel dans lequel s'inscrit le projet, les différentes étapes de son déroulement ont été décrites en termes d'objectifs, d'enjeux, de modalités de mesure de résultats, de méthodologie et de premiers résultats obtenus.

Le plan de communication est essentiel dans une démarche de type projet. Il en est un des éléments contributifs essentiels. Il prend en compte le contenu, les destinataires, la façon dont les informations sont transmises mais également le temps, ou moment, de la communication. Il permet ainsi de présenter et d'afficher clairement les objectifs poursuivis, leurs enjeux, les modalités, les étapes et les délais mis en place pour y répondre. Les réunions avec les membres du groupe de travail, riches de par leur implication et leur mobilisation, les échanges informels avec et entre les équipes et les retours réguliers faits avec le cadre supérieur coordonnateur de pôle sont autant de facteurs qui ont permis un suivi des étapes par les équipes et une reconnaissance de chaque acteur de la participation au projet.

La mise en œuvre de ce projet a nécessité une démarche de conduite de changement. Elle a demandé un travail collectif et collaboratif pour associer les différents professionnels à la définition et à la formalisation du projet et de son plan d'action.

L'objet était de développer une nouvelle organisation de telle sorte qu'elle permette à chaque acteur d'y trouver du sens. C'est par ce biais que le changement peut être accepté et donc mis en place. Le sens permet à chaque professionnel de trouver sa marge d'autonomie et de développer une responsabilité dans son exercice, tout en respectant la norme et la règle en place. L'analyse des pratiques, la formation technique et théorique, la réflexivité mise en œuvre dans la construction et le déploiement de ce projet sont autant d'éléments qui participent à la démarche de professionnalisation et de développement des compétences. C'est ainsi qu'ils s'inscrivent dans le programme de développement professionnel continu et dans la démarche de certification par la gestion et la prévention des risques inhérents à une activité spécifique – l'oncologie - destinée à une population spécifique – l'enfant, l'adolescent et leur entourage.

Les premiers résultats de la mise en place du projet managérial sont positifs et apportent une certaine satisfaction comme nous avons pu le voir, aussi bien pour les différents professionnels (médicaux et non médicaux) que pour les usagers. Certains aspects des mesures de résultats restent encore à développer comme une évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels vis-à-vis de l'organisation de l'activité par processus et celle des professionnels par rapport à l'organisation des ressources humaines. Les premiers effets du projet pour les agents pourraient être évalués au cours des entretiens annuels d'évaluation qui auront lieu sur la période de juin à septembre 2015.

À long terme, il sera également nécessaire d'évaluer ce projet et la mise en place du management du travail tel qu'il a été présenté sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels de toutes catégories pour le service de pédiatrie. Ce d'autant plus que l'installation définitive dans les locaux dédiés de l'HDJ d'oncologie pédiatrique devrait se faire à la rentrée scolaire 2015.

La conduite de ce projet de restructuration de l'organisation de l'activité d'HDJ d'oncologie pédiatrique est une expérience managériale très riche. Elle a permis une prise de recul et une analyse quant à l'activité quotidienne, à la qualité des soins offerte, au dimensionnement de la structure pédiatrique et, *in fine*, aux positionnements et à l'identité des professionnels de santé.

Le cancer de l'enfant, vecteur de représentations complexes et parfois difficiles, est un des axes des pathologies chroniques prises en charge en pédiatrie. La stratégie nationale de santé et le programme régional de santé d'Ile-de-France mettent en avant la nécessité de développer des structures de proximité qui participent à la prise en charge thérapeutique mais aussi éducative et

préventive de ces maladies. C'est dans ce sens que le projet médical du service de pédiatrie a été construit pour les prochaines années (2015-2019). Le diabète, la drépanocytose, l'asthme, l'obésité, les retards de développement et les troubles endocriniens sont autant de situations pour lesquelles des prises en charge en ambulatoire en hôpital de jour existent et sont à développer.

La modélisation du projet managérial pour ces pathologies fait l'objet d'un enjeu tant économique que stratégique dans le cadre du bassin de vie et du territoire de santé.

Elle est également un enjeu majeur en termes de management des ressources humaines dans l'acquisition et le développement de compétences spécifiques en lien avec la chronicité des pathologies et l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage. Elle participe à l'attractivité et à la fidélisation des professionnels pour le secteur pédiatrique de par la diversité des missions et des expériences mises en œuvre.

Enfin, le management développé à travers ce projet pour le déploiement à d'autres activités de l'hôpital de jour permet de s'inscrire dans la démarche de certification des établissements et de développement des collaborations et coopérations avec les réseaux et les centres de référence.

## Liste des acronymes

AJD	Aides aux Jeunes Diabétiques
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AP	Auxiliaire de Puériculture
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CET	Compte Épargne Temps
CSP	Code de la Santé Publique
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
EHPAD	Établissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes
EJE	Éducatrice de Jeunes Enfants
ETP	Équivalent Temps Plein
GHEM	Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GHS	Groupes Homogènes de Séjours
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hôpital De Jour
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE	Infirmier/Infirmière Diplômé[e] d'Etat
INCa	Institut National du Cancer
IPDE	Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PRS	Projet Régional de Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RIFHOP	Réseau d'Ile-de-France d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique
ROFSED	Réseau Francilien des Soins aux Enfants Drépanocytaires
T2A	Tarifcation À l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

## Références bibliographiques

### 1. Les ouvrages

- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, 6<sup>e</sup> édition, Paris, Seuil, Collection Points Essais, 2009 (1<sup>ère</sup> édition 1985), 466 pages.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, Collection Points Politique, 1981 (1<sup>ère</sup> édition 1977), 500 pages.
- DEVILLARD O. & REY D., *Culture d'entreprise : un actif stratégique*, édition Dunod, Paris 2008, 247 pages.
- DEVIN B., JOUVENOT C. & LOISIL F. (coord.), *Du management des compétences au management du travail*, éditions du réseau ANACT, Lyon 2009, 302 pages.
- DUBAR C., *La socialisation – Construction des identités sociales et professionnelles*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, A. Colin, Collection U, 2009, 255 pages.
- DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, A. Colin, collection U, 2005, 283 pages.
- IAZYKOFF W., *Organisations et mobilités – Pour une sociologie de l'entreprise en mouvements*. Collection Logiques Sociales. Editions L'Harmattan, Paris, 1993. 170 pages.
- LE GOFF JP, *Les illusions du management – Pour un retour au bon sens*, édition La Découverte, Paris 2010, 9<sup>e</sup> édition, 164 pages.
- MARSAN C., *Réussir le changement, Comment sortir des blocages individuels et collectifs ?*, Paris, De Boeck, Collection Manager RH, 2008, 290 pages.
- MEIER O., *Management interculturel – Stratégie-organisation-performance*, édition Dunod, Paris 2013, 330 pages.
- MENDRAS H., FORSÉ M., *Le changement social*, Paris, A. Colin, Collection U, 1983, 284 pages.
- MICHELETTI P., *La polyvalence sous toutes ses facettes – Une gestion des compétences plus efficace*, Paris, Éditions d'Organisation, 2002, 190 pages.
- SAINSAULIEU I., *La communauté de soins en questions – Le travail hospitalier face aux enjeux de la société*, Rueil-Malmaison, Lamarre, Collection Fonction cadre de santé - Gestion des ressources humaines, 2006, 267 pages.

- SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Collection Références académiques, 1996, 476 pages.
- THEVENET M., *La culture d'entreprise*, 6<sup>e</sup> édition, Paris, PUF, collection « Que sais-je ? », 2010, 127 pages.
- WITTORSKI R., *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris, L'Harmattan, Collection Action & Savoir, 2007, 188 pages.
- ZARIFIAN P., *Objectif compétence – Pour une nouvelle logique*, Paris, Liaisons, Collection Entreprise & Carrières, 2001, 203 pages.

## 2. Les articles

- AKMEL BOURGADE M., RANC N., LATHUILIERE M., ZAMBRANO O., *L'entretien professionnel, d'une formalité administrative à une démarche managériale*, Soins Cadres, supplément au n°87, août 2013, pp. S14-S18.
- ALTER N., LAVILLE JL, *La construction des identités au travail*, Sciences Humaines, 2010. Repéré à [http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id\\_article=4063](http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=4063) (consulté en mars 2015).
- BAILLY I., *Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière*, Soins Cadres, n°71, août 2009, pp. 20-22.
- *Convention entre le RIFHOP et le Centre Hospitalier Simone VEIL*, 28 février 2014, Préambule.
- HERVEOU A., STEPHAN S., *Vers un management intergénérationnel solidaire*, Soins Cadres, n°88, novembre 2013, pp. 20-23.
- Haute Autorité de Santé, *Le patient traceur – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins / Guide méthodologique*, 26/11/2014. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante) (consulté en avril 2015).
- Hôpital Simone VEIL – GHEM, *Rapport d'activité 2013* (consulté en janvier 2015).
- RICHARD A., *Le déménagement d'une structure de soins, un challenge humain*, Soins Cadres, n°91, août 2014, pp. 55-58.

- SINGLY C. de, *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS)*. Rapport à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. 10/07/2014. 106 pages.
- SOHIER A., *Compétence infirmière et mobilité, Soins Cadres*, 2009, n°71, pp. 31-33.

### 3. Les projets et les textes de lois

- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Plan cancer 2014-2019 – Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France*, 2014. Repéré à [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf) (consulté en février 2015).
- Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France., *Le Projet régional de santé d'Ile-de-France*, 2013. Repéré à [www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf) (consulté en février 2015).
- Ministère de la Santé et des Sports, *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Journal Officiel du 22 juillet 2009. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475](http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475) (consulté en janvier 2015).
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, Projet de loi relatif à la santé, 2015. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14> (consulté en avril 2015)
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation*. Disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4C64A0BDBEF0A00985B6D535C5436999.tpdila21v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000026304936&idArticle=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4C64A0BDBEF0A00985B6D535C5436999.tpdila21v_3?cidTexte=JORFTEXT000026304936&idArticle=&categorieLien=id) (consulté en janvier 2015).

## Annexes

Annexe 1. Plan architectural du service de pédiatrie (hospitalisation conventionnelle et hospitalisation de jour)

Annexe 2. Fiche technique : Formation des IDE/IPDE et AP en HDJ d'oncologie pédiatrique

Annexe 3. Grille d'évaluation IDE/IPDE des acquisitions spécifiques en HDJ d'oncologie pédiatrique

Annexe 4. Grille d'évaluation AP des acquisitions spécifiques en HDJ d'oncologie pédiatrique

Annexe 1. Plan architectural du service de pédiatrie (hospitalisation conventionnelle et hospitalisation de jour)

## Pédiatrie (3<sup>e</sup> étage)



● ● HDJ dédié

● ● Locaux logistiques

● ● HC

● ● HDJ dans HC

Annexe 2. Fiche technique : Formation des IDE/IPDE et AP en HDJ d'oncologie pédiatrique

# Fiche technique : Formation des IDE/IPDE et AP en HDJ d'oncologie pédiatrique

## PUBLIC CONCERNE :

Obligatoire aux nouveaux personnels IDE/IPDE et AP de pédiatrie, sur la base du volontariat et selon la durée de polyvalence effectuée en pédiatrie (minimum 3 mois dont 2 de jour) pour les professionnels des autres services du secteur enfant

## OBJECTIFS :

- Réalisation de soins et prises en charge spécifique
- Organisation quotidienne de l'HDJ :
  - Gestion des stocks des produits et du matériel
  - Programmation et planification de l'organisation de l'activité d'HDJ en secteur dédié
  - Programmation et planification de l'organisation de l'activité d'HDJ en secteur d'HC de pédiatrie

## PRE-REQUIS :

- Organisations de travail de l'IDE/IPDE et de l'AP en HDJ pédiatrique remises avant la période de formation
- Processus et fiches techniques de l'HDJ d'oncologie pédiatrique présentés avant la période de formation

## CONTENU :

La formation en HDJ pédiatrique aura lieu après 3-4 mois d'exercice en HC de pédiatrie pour les nouveaux professionnels affectés en pédiatrie.

Elle sera organisée sur les journées d'ouverture du secteur dédié, par les professionnels référents :

- 3 journées en 7h30 en HDJ pédiatrique pour les IDE/IPDE et AP
- 1 à 3 journée(s) supplémentaire(s) en 7h30 en HDJ, pour les IDE/IPDE, selon les compétences acquises dans les soins à risque

DUREE : 3 à 6 jours

## ENCADREMENT ET VALIDATION DES ACQUIS :

- IDE/IPDE et AP habilités à exercer en HDJ d'oncologie pédiatrique (évaluation du niveau de maîtrise globale avec cotation « 5 »)

## HABILITATION D'EXERCICE EN HDJ D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE :

- Mme OLIVERES, cadre de santé de pédiatrie

Annexe 3. Grille d'évaluation IDE/IPDE des acquisitions spécifiques en HDJ  
d'oncologie pédiatrique



		1	2	3
<b>Organisation de l'HDJ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait et met en œuvre les modalités de programmation des hôpitaux de jour et des actes externes en l'absence de la secrétaire</li> <li>• Assure la traçabilité des programmations sur le support dédié</li> </ul>			
<b>Coordination des soins et des informations.</b>  <b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait et vérifie l'exactitude des éléments nécessaires à la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Identification de l'enfant sur chaque document</li> <li>▫ Présence de documents spécifiques (consentement parental pour les examens spécifiques, prescriptions médicales de chimio comprenant poids-taille-surface corporelle de l'enfant)</li> </ul> </li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise les règles de transmissions reconnues institutionnellement</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise les logiciels de façon adéquate (Hexagone, CristalNet, ChimioWeb)</li> </ul>			

Actions d'accompagnement complémentaires souhaitées :

Commentaires de l'agent

Professionnels ayant encadré :

Date :

Signature :


Agent :

Date :

Signature :

Habilitation d'exercice en HDJ pédiatrique :

Responsable de l'évaluation :

Date :

Signature :

Annexe 4. Grille d'évaluation AP des acquisitions spécifiques en HDJ d'oncologie pédiatrique

 <p>HÔPITAL SIMONE VEIL ÉTABLISSEMENT HÔPITALIERS Eaubonne-Montmorency</p> <p>Pôle femme enfant</p>	<p>Groupement Hospitalier Eaubonne Montmorency Hôpital Simone Veil</p> <p>GRILLE D'EVALUATION AP des acquisitions spécifiques en HDJ d'oncologie pédiatrique</p>	<p>Rédaction de la grille Mars 2015</p>
--	--	---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_  
 Fonction : \_\_\_\_\_  
 Date de l'entretien d'appréciation : \_\_\_\_\_

**Responsable réalisant l'entretien**

Nom : OLIVERES Prénom : Cécile  
 Service : Pédiatrie

**N.B : Les critères évalués ci-après complètent ceux d'une évaluation intermédiaire et/ou annuelle de l'agent affecté sur le secteur enfant.**

1 : A vu le : (date)  
 2 : En cours d'acquisition le : (date)  
 3 : Acquis le : (date)

Critères d'évaluation	Évaluation de la formation		1	2	3
Application et mise en œuvre des procédures et/ou protocoles spécifiques	• Participation à la réalisation de bilan sanguin sur KTC				
	• Participation à la réalisation de bilan sanguin sur CIP				
	• Participation à la réalisation de chimiothérapie sur KTC				
	• Participation à la réalisation de chimiothérapie sur CIP				
	• Participation à la réalisation de chimiothérapie en IT par le pédiatre				
	• Participation à la réalisation de transfusion sanguine (culot globulaire, plasma, plaquettes)				

		1	2	3
<b>Organisation de l'HDJ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait et met en œuvre les modalités de programmation des hôpitaux de jour et des actes externes en l'absence de la secrétaire</li> <li>• Assure la traçabilité des programmations sur le support dédié</li> </ul>			
<b>Coordination des soins et des informations.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connait et vérifie l'exactitude des éléments nécessaires à la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Identification de l'enfant sur chaque document</li> <li>▫ Présence de documents spécifiques (consentement parental pour les examens spécifiques, prescriptions médicales de chimio comprenant poids-taille-surface corporelle de l'enfant)</li> </ul> </li> </ul>			
<b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise les règles de transmissions reconnues institutionnellement</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise les logiciels de façon adéquate (Hexagone, CristalNet, ChimioWeb)</li> </ul>			

Actions d'accompagnement complémentaires souhaitées :

Commentaires de l'agent

Professionnels ayant encadré :

Date :

Signature :


Agent :

Date :

Signature :

Habilitation d'exercice en HDJ pédiatrique :

Responsable de l'évaluation :

Date :

Signature :





Formation & Recherche en Soins

2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL – Tel 01.58.42.46.20 Fax 01.58.42.46.29

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

**TITRE DU MÉMOIRE**

Restructuration de l'organisation de l'hôpital de jour d'oncologie pédiatrique,  
sur un secteur dédié.

**AUTEUR**

Cécile OLIVERES

**MOTS-CLÉS**

Hôpital de jour d'oncologie pédiatrique –  
Organisation des soins – Approche processus –  
Gestion des compétences – Management du  
travail – Démarche projet

**KEYWORDS**

Oncology pediatric day hospitalization – Care  
organization – Process approach – Skills  
management – Work management – Project  
approach

**RÉSUMÉ**

Le transfert fin novembre 2014 du pôle femme-enfant dans un nouveau bâtiment sur le site principal de l'hôpital Simone VEIL-GHEM et l'augmentation importante de l'activité d'oncologie pédiatrique depuis 2012 constituent le point de départ de ce projet managérial.

Il a pour objectif principal de restructurer l'organisation de l'activité d'hospitalisation de jour d'oncologie pédiatrique sur un secteur dédié. Positionné dans un contexte socio-économique et législatif contraignant, il vise à identifier et à définir d'une part, l'organisation de l'activité d'oncologie pédiatrique par l'approche processus et d'autre part, l'organisation des professionnels pour cette activité, en termes de management des compétences et du travail.

L'organisation de l'activité est alors clairement identifiée et connue des différents acteurs. L'accompagnement du développement des compétences des professionnels apporte une cohérence dans la prise en charge des enfants cancéreux. Il permet une harmonisation de la qualité des soins. Le développement de ce projet offre de multiples perspectives : attractivité et fidélisation des professionnels pour le secteur pédiatrique, modélisation pour les prises en charge des autres pathologies chroniques de l'enfant, en réponse aux attentes de la stratégie nationale de santé.

**ABSTRACT**

Last November, the transfer of the "woman and child" department to a new building, on the public hospital Simone VEIL-GHEM and the pediatric oncology activity's significant increase since 2012 were the starting point for this managerial project. Its main objective is to restructure the organisation of oncology pediatric day hospitalisation, in a dedicated geographic area. Set in a socioeconomic and legislative constraining context, it aims to determine and to define on the one hand, the organisation of pediatric oncology activity by the process approach, and on the other hand, the organisation of professionals for this activity with skills management and work management. The pediatric oncology outpatient organisation is clearly identified and known by all actors. The professionals' skills development accompaniment provides coherence in the care of children suffering from cancer. It allows an improvement in the quality of health care and its harmonisation. The development of this project provides many perspectives: attraction and retention of professionals for the pediatric sector, modelling for such practices and the care of other children's chronic pathologies, in response to the national strategy of the health's expectations.