



Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Projet Managérial
ECUE 7.2
Patrick FARNAULT
Gilles DESSERPRIT

Gwladys VALERE
Année 2022/2023

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier l'intégralité de l'équipe de l'Ecole Supérieure de Montsouris pour ces années d'enseignements, leur disponibilité et leur écoute.

Je remercie l'ensemble de la promotion pour tous ces moments partagés et leur bienveillance.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à mon père pour son affection, sa confiance et son soutien sans faille.

Je remercie Samuel pour sa patience, son écoute, ses encouragements.

J'exprime ma gratitude à Roseline, Frédérique, Pauline, René, Laurent, Mme Divron pour leurs encouragements.

Enfin, j'ai une très forte pensée pour ma mère avec laquelle j'aurais voulu partager ma joie d'avoir réalisé mon projet managérial.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Liste d'abréviation..... | 3 |
| 1 Le système de santé en Martinique | 5 |
| 1.1 Le positionnement géographique et démographique..... | 5 |
| 1.2 L'Agence Régionale de santé de Martinique | 9 |
| 1.3 L'organisation du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM) | 12 |
| 1.4 Le Pôle Femme, Mère et Enfant | 18 |
| 2 Problématiques de la MFME | 21 |
| 2.1 Cadre conceptuel..... | 21 |
| 2.1.1 Les problèmes en lien avec le parcours patient/ organisationnels/ hospitalisation | 21 |
| 2.1.2 Les problèmes en lien avec l'expérience patient | 25 |
| 2.1.3 Les problèmes en lien avec les personnels..... | 27 |
| 2.1.4 Les problèmes de coût..... | 28 |
| 2.1.5 Les problèmes en lien avec la collaboration ville-hôpital..... | 30 |
| 2.2 Enjeux de la création d'un hôpital de jour..... | 34 |
| 2.3 Cadre législatif..... | 34 |
| 3 Les différentes dimensions d'une organisation | 36 |
| 3.1 La dimension fonctionnelle | 37 |
| 3.2 La dimension culturelle | 39 |
| 3.3 La dimension politique | 41 |
| 4 Le cadre supérieur de santé ou de la sage -femme coordonnateur..... | 41 |
| 4.1 Définition..... | 41 |
| 4.2 Le rôle stratégique du cadre supérieur de santé ou de la sage – femme | 42 |
| 4.3 Le leadership du CSS ou de la SF coordonnateur dans la conduite de projet..... | 42 |
| 1 La méthodologie | 43 |
| 1.1 La phase préparatoire..... | 45 |
| 1.1.1 La commande | 45 |
| 1.1.2 La note de cadrage | 45 |
| 1.1.3 Les acteurs et leurs compétences | 48 |
| 1.1.5 La population cible/ état des lieux | 52 |
| 2. La validation | 61 |
| 3. La phase de pilotage | 61 |
| 3.1 Réunions de présentation du projet avec les acteurs..... | 61 |
| 3.2 Elaboration de la procédure d'HDJ obstétrique..... | 62 |
| 3.3 L'innovation organisationnelle | 64 |
| 3.4 Freins et limites rencontrés | 66 |
| 4. Phase de progression..... | 67 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1. <i>Indicateurs de suivi</i> | 67 |
| 4.2 <i>Bilan du projet</i> | 69 |
| 4.3 <i>Les perspectives</i> | 69 |
| 5. Et si c'était à refaire ? | 70 |
| Conclusion | 71 |
| Bibliographie | 72 |

Liste d'abréviation

| | |
|-------|--|
| ARS | Agence régionale de santé |
| CACEM | Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique |
| CHLD | Centre Hospitalier Louis Domergue |
| CHUM | Centre Hospitalier Universitaire de Martinique |
| CR3P | Centre pluridisciplinaire prénatal de proximité |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| GHT | Groupement Hospitalier de Territoire |
| HCSP | Haut Conseil de la Santé Publique |
| INSEE | Institut National de la Statistique et des études économiques |
| MFME | Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PRS | Projet régional de santé |
| SA | Semaine d'aménorrhée |
| SSR | Soin de Suite et de Réadaptation |
| UE | Union européenne |
| UGCS | Unité de gériatrie court séjour |
| USLD | Unité de soins de longue durée |

Introduction

Le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM) s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la santé de la population. Il dispose de différents pôles d'activités notamment le Pôle Femme, Mère et Enfant concerné par ce projet d'évolution organisationnelle.

La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME), est la seule maternité classée type III de l'île. Elle accueille la majorité des grossesses pathologiques. La prise en charge de ces grossesses reste le plus souvent hospitalo-centrée et cela crée une saturation des lits que je préciserai un peu plus loin dans ce travail.

Ces situations répétitives créent au sein des services des mises en tension et peuvent provoquer un sentiment d'insatisfaction chez le personnel et chez l'utilisateur à des degrés divers. Aux urgences gynéco-obstétricales, par exemple, le délai de prise en charge est assez fréquemment élevé et provoque le mécontentement des usagers. De plus, les patientes peuvent être convoquées ultérieurement faute de place dans les services et pour certaines, faute de moyen ne reviennent pas ou sinon en situation d'extrême urgence. Le personnel quant à lui exprime une insatisfaction concernant la qualité de leur travail dans l'accompagnement des patientes entre autres.

L'un des principaux fondements du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique est de garantir en toutes circonstances la qualité, la sécurité des soins et la satisfaction des usagers [1]. Les politiques de santé sont au centre des stratégies mises en place pour améliorer les prises en soins des patients, notamment la recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)¹ : l'orientation vers les soins ambulatoires [2].

Il semble donc pertinent et intéressant de procéder à la création d'une structure ambulatoire « hôpital de jour d'obstétrique ».

Je suis sage – femme hospitalière premier grade et du fait de ma formation et de mes engagements avec l'ARS, je suis sensibilisée sur le parcours patient. Ce projet me motive donc particulièrement parce qu'il permettra au bassin de vie dans lequel j'exerce d'avoir une prise en charge hospitalière globale et optimale des grossesses à risque. Il offrira également une opportunité de travailler en partenariat ville – hôpital, une relation insuffisamment exploitée à ce jour.

Comme vous l'avez pressenti, la thématique de mon projet managérial est la création d'un hôpital de jour d'obstétrique à la MFME que je vous exposerai plus longuement.

En première partie, je présenterai le bassin de vie concerné, les éléments de mon cadre conceptuel, puis les différentes dimensions d'une organisation et le rôle du cadre supérieur de santé dans la conduite de projet. Dans un second temps, je développerai la conduite de projet et mon rôle de chef de projet.

¹ Le Haut Conseil de la Santé Publique a été créé par la loi du 09 Août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007. L'ensemble de ses travaux sont publiés sur le site internet www.hcsp.fr.

PARTIE 1. LE CONTEXTE D'EMERGENCE

Mon projet se développera dans un bassin de vie qu'il est intéressant de vous présenter sous différents aspects qui sont importants de préciser. En effet, les difficultés démographiques et sociales, les inégalités socio-sanitaires et les indicateurs de périnatalité défavorables sont les raisons pour lesquelles les problématiques perdurent en Martinique.

1 Le système de santé en Martinique

1.1 Le positionnement géographique et démographique

La Martinique est une île qui se situe dans l'Arc volcanique des Petites Antilles dans la mer des Caraïbes et s'étend sur 1 128 km². Au 1er Janvier 2020, selon l'Institut National de la Statistique et des études économiques² (INSEE), la population martiniquaise était de 361 225 habitants [3]. Elle fait partie des cinq départements et régions d'outre-mer français. C'est une collectivité territoriale unique de la République Française qui fait partie des cinq départements et régions d'outre-mer français. De ce fait, elle est l'une des neuf régions ultrapériphériques de l'Union européenne (UE) [4].

Elle comporte 34 communes et sa capitale administrative est Fort-de-France. La densité de la population, en 2020 était de 320,2 habitants par km² contre 106,1 habitants par km² en France métropolitaine [4].



Figure 1 carte de la collectivité territoriale de Martinique, (source : touteurope.eu)

La capitale de la Martinique, Fort-de-France est située sur la partie ouest du littoral. Elle fait partie de la Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique qui comporte quatre communes : Fort-de-France, Le Lamentin, Schoelcher et Saint-Joseph. A elles seules, ces quatre communes représentent environ 42 % de la population martiniquaise. La ville de Fort-de-France compte 76 085 habitants en 2020 pour une superficie de 44.2 km², ce qui représente environ 21.1 % de la population martiniquaise avec une densité de population de 1703 habitants/km². Toutes les fonctions administratives, militaires et culturelles de la collectivité y sont concentrées [5].

² L'Institut national de la statistique et des études économiques est une direction générale du ministère de l'Economie et des Finances. Il a pour mission de collecter, analyser et diffuser des informations sur l'économie et la société française sur l'ensemble de son territoire.



Figure 2 Cartographie CACEM, source site : <https://www.cacem.fr>

L'offre de soins hospitalière, majoritairement publique, se trouve regroupée dans le centre de l'île. La Martinique présente une densité de médecins généralistes libéraux ou salariés inférieurs à la moyenne nationale. En ce qui concerne les médecins généralistes, la densité est de 12.9 en Martinique en 2020 contre 86.5 en France métropolitaine ; en ce qui concerne les spécialistes, la densité est de 61.8 contre 86.8 en France métropolitaine [6]. La répartition médicale sur le territoire est également déséquilibrée au profit du secteur Centre, en particulier pour les gynécologues. En revanche, la densité de sages -femmes est nettement supérieure et assure un maillage satisfaisant de l'ensemble du territoire. On dénombre 34 cabinets de sages – femmes qui sont parfois composés de plusieurs professionnels. Malgré de récents progrès, l'insuffisance marquée du transport public sur le territoire complique l'accès aux soins.

| Professions | France métropolitaine | ANTILLES-GUYANE | Guadeloupe | Martinique | Guyane |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------|------------|------------|--------|
| Médecins généralistes | | | | | |
| nombre | 56 630 | 720 | 52 | 46 | 13 |
| densité | 86,5 | 71,5 | 13,8 | 12,9 | 4,5 |
| dont praticiens de 55 ans et plus | 28 356 | 385 | 22 | 30 | 9 |
| Médecins spécialistes | | | | | |
| nombre | 56 835 | 552 | 260 | 220 | 74 |
| densité | 86,8 | 53,8 | 68,8 | 61,8 | 25,5 |
| dont praticiens de 55 ans et plus | 29 522 | 334 | 56 | 51 | 12 |
| Ensemble des médecins libéraux | | | | | |
| nombre | 113 471 | 1 200 | 563 | 531 | 189 |
| Chirurgiens dentistes | | | | | |
| nombre | 35 744 | 440 | 182 | 190 | 70 |
| densité | 54,6 | 43,5 | 48,2 | 53,4 | 24,1 |

(*) À partir de l'édition 2017 du STATISS, la méthode de calcul a été modifiée : les professionnels dénombrés par département et région sont ceux ayant au moins une activité sur ces territoires. Si un professionnel a deux activités sur un même territoire, il n'est compté qu'une seule fois. Par contre, s'il a deux activités sur deux territoires différents, il est compté une fois dans chaque. De ce fait, il est possible que la somme des départements d'une région ne soit pas égale à la valeur régionale. Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas comptabilisés dans les données présentées. Attention : les données présentées ne sont pas comparables à celles des éditions précédentes du STATISS.

(**) Guadeloupe hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Tableau 1 Professionnels libéraux ou mixtes, sources ARS Antilles Guyane

Comparée à la moyenne nationale, la Martinique présente des indicateurs de périnatalité défavorables tels que : des prises en charge en amont de l'accouchement insuffisamment adaptées aux grossesses à risque et au suivi psycho-social des populations en situation de vulnérabilité psycho-sociale, un réseau périnatal à repositionner sur la coordination des politiques de santé publique. Les facteurs de risques psychosociaux sont élevés en Martinique, une femme sur quatre est en situation de précarité (revenus du ménage inférieur à 1000€ par mois), une femme sur dix est victime de violence psychologique [7].

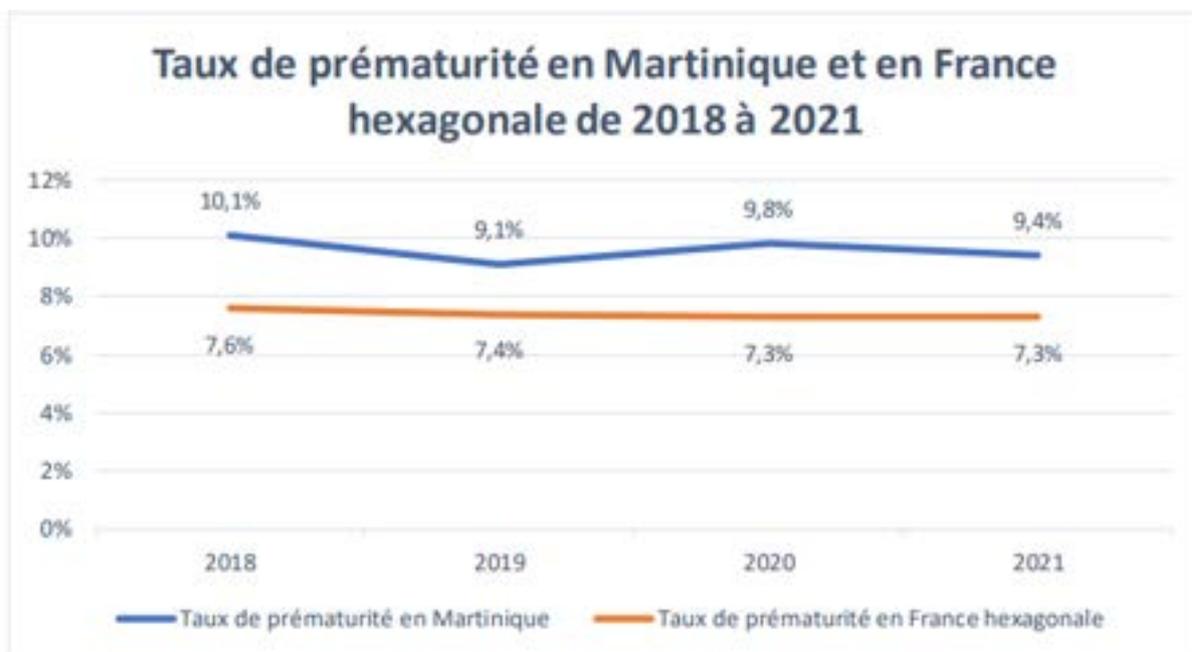


Figure 3 Comparatif taux de prématurité en Martinique versus France hexagonale, source Réseau de Santé Périnatal Matnik

On note à la lecture de ces courbes, qu'il existe en Martinique un taux de prématurité qui est supérieur au taux national [8]. La prématurité se définit par une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Elles se subdivisent en catégories selon l'âge gestationnel : inférieur à 28 SA, de 28 à 32 SA + 6 jours et de 33 SA à 36 SA + 6j. Le nombre d'enfants nés prématurément était de 338 en Martinique en 2021 selon la répartition suivante [8] :

| | [22-23SA] | 24 SA | [25-27SA] | [28-31SA] | 32SA | [33-36SA] | TOTAL |
|------|-----------|-------|-----------|-----------|------|-----------|-------|
| 2018 | 24 | 8 | 33 | 33 | 21 | 257 | 376 |
| 2019 | 11 | 5 | 29 | 39 | 13 | 243 | 340 |
| 2020 | 16 | 10 | 22 | 52 | 19 | 229 | 348 |
| 2021 | 18 | 8 | 28 | 49 | 13 | 222 | 338 |

Tableau 2 Répartition du nombre d'enfants nés prématurément en Martinique, source Réseau de Santé Périnatal Matnik

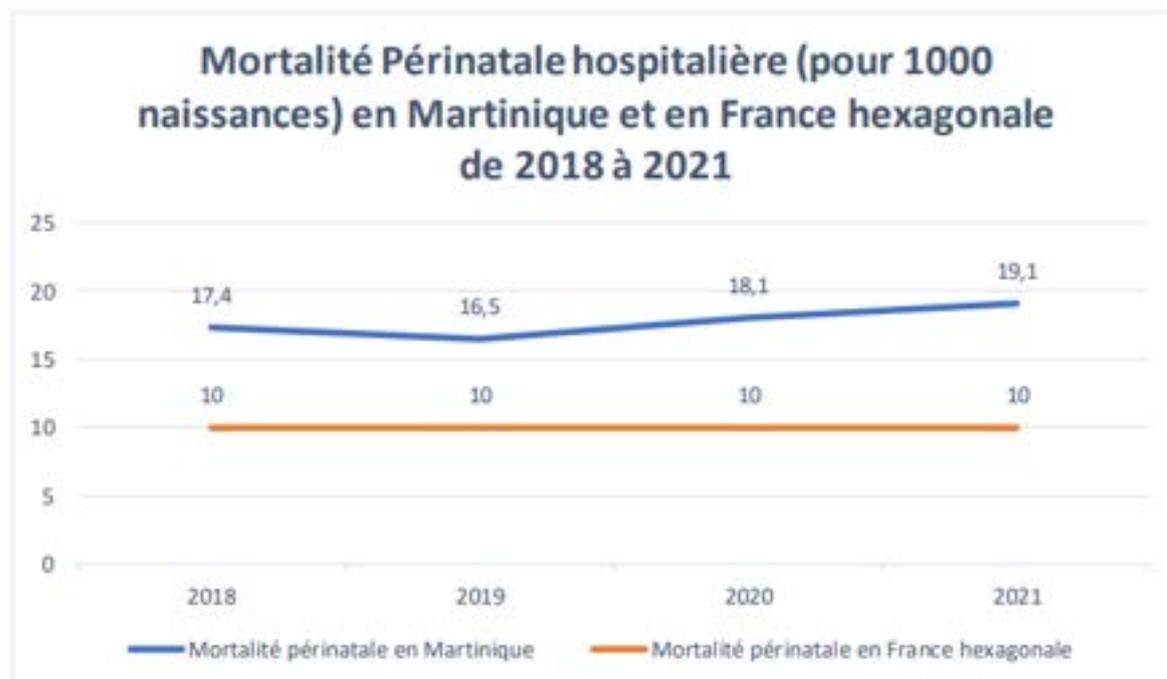


Figure 4 Taux de mortalité périnatale hospitalière en Martinique versus France, source Réseau de Santé Périnat Matnik

Le taux de mortalité périnatale est quasiment le double du taux de la France hexagonale en 2021 [8]. Ce taux qui est très élevé est probablement dû à la prématurité mais aussi aux patientes qui présentent des facteurs de risque (obésité, diabète, hypertension artérielle) sur lesquels il est important d'agir.

Le Produit intérieur brut³ (PIB) de la Martinique est de 25 713 euros par habitant en 2021 [9]. Les principaux secteurs d'activité sont : l'agroalimentaire, la pêche, la construction et le tourisme. Le secteur agricole y est plus représenté que dans le reste de la France. Le taux de chômage en Martinique est de 12% et est plus élevé que celui de la France métropolitaine (8%), avec un taux important de chômage dans la tranche des 15-29 ans (51% contre 18% en France métropolitaine) [10]. Le taux de pauvreté est supérieur à celui de la métropole (27.4% contre 14.5% voire 48.6% en prenant le revenu médian métropolitain en référence) [11]. Il existe un fort taux de famille monoparentale (31% contre 23.8% dans la région de la France métropolitaine la plus représentative de cette caractéristique) qui est en majorité féminine [12]. La plupart du temps ces cheffes de famille sont le plus souvent sans emploi faute de systèmes de garde gratuits avant la troisième année de l'enfant.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁴ (DREES) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux ; elle fait partie du service statistique public. Selon l'enquête de la DREES réalisée en 2019, l'état de santé de la population martiniquaise est plus dégradé dans les départements et régions d'outre-mer [13]. Quatorze pour cent de la population âgée de plus de 15 ans se déclare « en mauvais » ou « très mauvais » état de santé en Martinique. Les femmes expriment une santé perçue plus dégradée que celle des hommes dans les départements et régions d'outre-mer qu'en France métropolitaine. L'obésité est plus fortement représentée qu'en métropole et surtout chez les femmes : 25% de femmes obèses en Martinique. Certaines maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle sont déclarées à hauteur de 49 % en Martinique selon l'enquête de la DREES [13].

³ Le Produit Intérieur Brut est le principal agrégat mesurant l'activité économique d'un pays.

⁴ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle a été mise en place en 1998.

Les indicateurs de périnatalité défavorables, couplés à un taux de pauvreté et un taux de famille monoparentale élevés créent en Martinique, un grand nombre de rupture de parcours de soins chez les gestantes. Il semble important d'apporter une innovation organisationnelle sanitaire sur le territoire.

La répartition de la population, la concentration de l'offre de soins dans la partie centrale de la Martinique et les besoins font partie des préoccupations des acteurs du système de santé.

Mais, quel est l'organisme qui est chargé de l'application de la politique de santé en Martinique ?

1.2 L'Agence Régionale de santé de Martinique

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 [14], il existe une nouvelle architecture de l'organisation régionale du système de santé. Les Agences Régionales d'Hospitalisation sont devenues des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces dernières ont pour rôle de décliner au niveau régional la politique de santé. Les ARS ont pour missions d'assurer le pilotage de la santé publique ainsi que la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier. Le système régional de santé est sous la responsabilité de l'ARS [15].

Le Projet Régional de Santé (PRS) définit la transversalité et la lisibilité de la politique conduite par les ARS. Selon l'article R.1431-2 du Code de Santé Publique, le PRS fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région. Son contenu et son architecture sont définis par voie réglementaire. Il définit en cohérence avec la stratégie nationale de santé et en respectant les lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs des ARS sur cinq ans ainsi que les mesures pour les atteindre. Le PRS établit le profil de développement d'une région avec des axes qui vont tenir compte des suppressions et des ouvertures d'établissements.

Il s'agit d'un projet collectif associant différents acteurs représentant les parties prenantes du projet : le Préfet de région, les élus, les professionnels de santé, les représentants des usagers et du secteur associatif [15].

L'ARS MARTINIQUE⁵ est une agence de régulation qui a une marge d'initiative grâce à la centralisation. Elle est une autorité de contrôle et ses directives guident les stratégies de chaque établissement [16].

En Martinique, le PRS 2 s'est déroulé de 2018 à 2022 et le PRS 3 est en cours d'élaboration [17].

Le PRS 2 a été mené grâce à la mobilisation de nombreux acteurs de terrain faisant partie de ceux cités précédemment. Il avait trois orientations stratégiques et quatre axes de travail (Fig.5).

⁵ L'Agence Régionale de Santé Martinique est l'organisme chargé d'appliquer la politique de santé sur le territoire. Elle pilote la santé publique et régule l'offre de santé en Martinique.

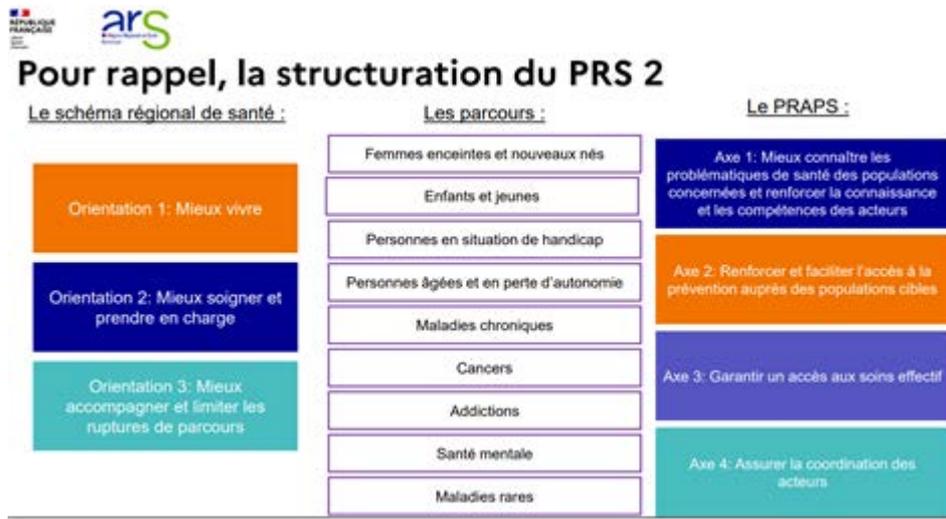


Figure 5 Structuration PRS2 2018-2022, source : ARS MARTINIQUE

Malgré la crise du COVID-19 et les difficultés rencontrées, certaines actions ont pu être mises en place telles que :

- Les formations au repérage de la souffrance, des signes de violence et prévention du suicide en lien avec SOS Kriz. L'association SOS Kriz est une plateforme multimodale d'intervention d'urgence en situation de crise. Elle est disponible 24h/24 et tous les jours de l'année. Elle est née de la rencontre de professionnels de santé et de personnes ayant été concernées par des crises. Elle a pour objectif d'identifier les forces et vulnérabilités de la population et a la volonté d'avancer vers des actions communautaires engagées dans des parcours de santé et de personnes.
- Le financement d'un dispositif handiconsult. C'est un dispositif qui répond à plusieurs objectifs : permettre aux personnes en situation de handicap un accès à la santé, constituer un dispositif de réponses aux besoins complémentaires à l'offre de soins actuelle, constituer une expertise ressource identifiée.
- La mise en place du programme des 1 000 premiers jours et l'organisation d'un séminaire pour les acteurs de la périnatalité.

Vu la spécificité du territoire martiniquais présenté précédemment, la notion de parcours est un enjeu important. L'une des difficultés révélées par le PRS 2 fut la rupture du parcours de soins des patients.

La rupture du parcours de soin des patients peut être due au manque d'accessibilité géographique de l'offre de soins médicales et paramédicales. Elle peut être aussi liée à un manque d'accès aux soins liés à la mobilité ou d'un accueil ressenti comme « mauvais » par le patient lors de sa prise en charge. Selon l'enquête e-Satis⁶ 2022, seulement 57.29% des patientes sont satisfaites de l'accueil à la MFME, par exemple [18].

Selon les données épidémiologiques du Réseau Santé Matnik, 25.1% des patientes sont en situation de précarité et 5.6% ont renoncé à des soins pour des raisons financières [7].

Au regard de ce constat, j'ai trouvé cela pertinent de répondre favorablement au commanditaire afin de créer un hôpital de jour d'obstétrique.

Suite à l'évaluation du PRS 2, les étapes méthodologiques de l'élaboration du PRS 3 sont les suivantes :

⁶ E-satis est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients. C'est une mesure effectuée depuis avril 2016 dans tous les établissements de santé concernés à l'aide de questionnaires fiables et validés par la Haute Autorité de santé et adaptés au type de séjour.

Les étapes méthodologiques de l'élaboration du PRS 3 et le calendrier associé



Figure 6 Méthodologie d'élaboration du PRS3, source ARS MARTINIQUE

Le PRS 3 aura comme priorité une appropriation du projet par l'ensemble des parties prenantes. Des groupes de travail partenariaux ont été constitués et je fais partie du groupe de travail sur la périnatalité [19].

Le PRS 3 aura comme format envisagé :

- S'appuyer sur les travaux et les stratégies en cours, débutés lors du PRS 2
- Définir des priorités à poursuivre ou nouvelles, des objectifs et des indicateurs selon les problématiques, les enjeux de santé (exemples d'indicateurs : taux de cancer de la prostate, addictions, obésité, risques psychosociaux, etc.)
- Proposera une opérationnalité se traduisant au travers de feuilles de route et des modalités de pilotage et d'animation.

Le PRS 3 s'appuiera sur trois leviers : des priorités, une déclinaison opérationnelle et un pilotage structuré et formalisé [19].

Le format envisagé

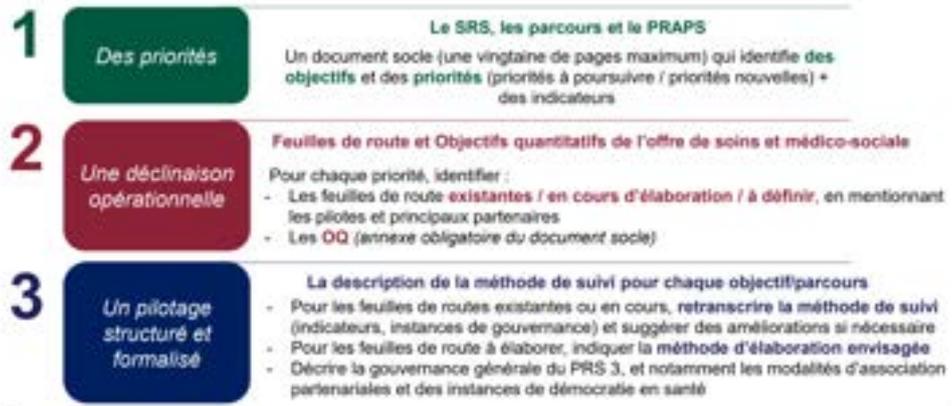


Figure 7 Format envisagé du PRS 3, source ARS MARTINIQUE

Les thématiques qui seront travaillées dans le cadre du PRS 3

| Des thématiques transversales | Des thématiques « métiers » | Des problématiques / enjeux de santé | Des publics prioritaires |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • E-santé • Investissements • Autorisations • Attractivité médicale | <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé • Santé Environnement • SSR Vs Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) • Soins non programmés/urgences • Lutte Anti-Vectorielle • Vigilances sanitaires et Gestion des Evénements Graves Associés aux Soins (EIGS) • Veille et Sécurité Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Addictions • Santé mentale • Soins Palliatifs / Douleurs • Obésité • Diabète • Maladies cardiovasculaires • Insuffisance Rénale Chronique (IRC) | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes Agées • Personnes en situation de handicap • Périnatalité • Santé des enfants et des jeunes • Personnes placées sous main de justice |

Figure 8 Les thématiques du PRS 3, source ARS MARTINIQUE

L'ARS Martinique, a comme public prioritaire au sein du PRS 3, le domaine de la périnatalité. Cette politique de santé confirme la nécessité d'amélioration des indicateurs de périnatalité.

L'ARS Martinique, afin de développer les PRS, veille à la collaboration des différents acteurs dont l'un d'eux est le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique. Voyons quelle est l'organisation de ce centre afin de mieux comprendre son rôle dans la politique sanitaire.

1.3 L'organisation du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM)

Le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM) est un établissement public de santé. Il est né de la fusion le 1er Janvier 2013 de sept hôpitaux : l'hôpital Pierre Zobda-Quitman à Fort-de-France, la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME) à Fort-de-France, le Centre Emma Ventura à Fort-de-France, l'hôpital Albert Clarac à Fort-de-France, l'hôpital de Mangot Vulcin au Lamentin, l'hôpital Louis Domergue à Trinité et Lamentin Bourg au Lamentin [20].



Figure 9 Les différents sites du CHUM, source : <http://www.chu-martinique.fr>

Ses principales missions sont les soins, l'enseignement et la recherche. Il a pour objectif de valoriser le service public de santé notamment :

- En préservant en toute circonstance l'égal accès aux soins pour tous ainsi que la continuité et la permanence des soins.
- En développant une politique de prévention sanitaire.
- En luttant contre toute forme de discrimination ou de maltraitance [20].

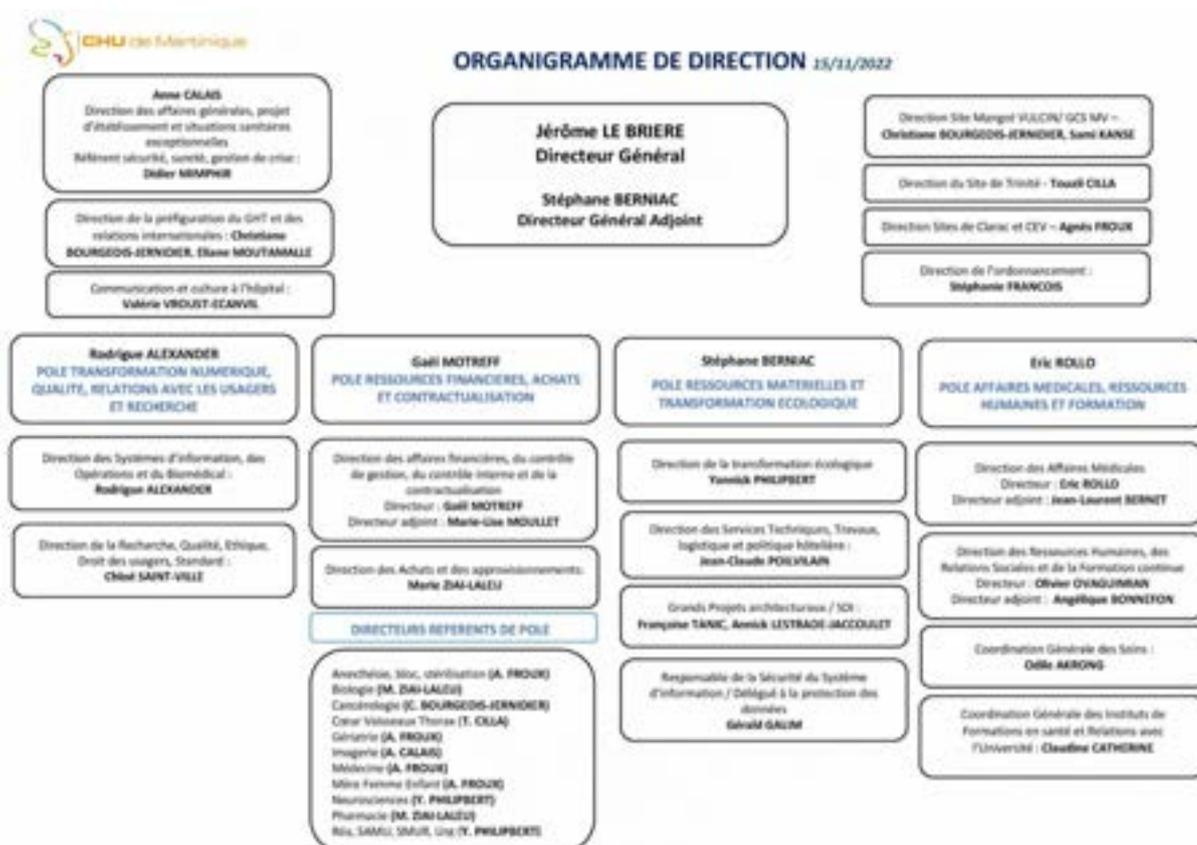


Figure 10 Organigramme CHUM, source <http://www.chu-martinique.fr>

Une prise en charge en sécurité et de qualité ainsi que la satisfaction des usagers occupent une place importante dans la politique du CHUM [20].

Le CHUM est composé de onze pôles cliniques et médico-techniques et a une capacité d'accueil de 1 426 lits et 120 places. Le personnel est constitué de 5142 agents. Au sein des différents pôles, 834 médecins y exercent [20].



Figure 11 Cartographie des pôles, source CHU MARTINIQUE

Les différents pôles d'activités du CHUM sont [20] :

- **Le Pôle Médecine et spécialités médicales, pathologies digestives et Santé Publique** : les services de ce pôle se situent trois sites l'hôpital Pierre Zobda-Quitman, Hôpital Mangot Vulcin et l'Hôpital Louis Domergue. Sur le site Pierre Zobda-Quitman se trouvent les services de dermatologie, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses et tropicales, médecine interne médecine légale, médecine polyvalente et rhumatologie.

A l'Hôpital Mangot Vulcin, le centre de référence de la drépanocytose (la drépanocytose est une anémie falciforme ; c'est une maladie génétique héréditaire qui touchent les globules rouges. Elle est caractérisée par une anomalie de l'hémoglobine, principale protéine du globule rouge. Ces anomalies favorisent l'anémie, des crises vaso-occlusives douloureuses et un risque élevé d'infections). Cette maladie génétique touche surtout les populations d'origine antillaise, africaine et méditerranéenne).

A l'Hôpital Louis Domergue, un autre service d'Hépato-gastro-entérologie y est localisé.

- **Le Pôle Gériatrie -Gériatrie** : les services qui constituent ce pôle se retrouvent sur quatre sites. L'Hôpital Pierre Zobda-Quitman accueille les services court séjour gériatrique, unité mobile de gériatrie et de consultation mémoire.

Au Centre Emma Ventura, les unités de soins de longue durée (USLD 6B1/6B3/5B1), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

A l'Hôpital Louis Domergue, se trouvent une unité de gériatrie court séjour (UGCS) et une unité de soins longue durée.

A l'Hôpital Mangot Vulcin, un service de soins de suite et réadaptation, un hôpital de jour et une consultation mémoire y sont installés.

- ***Le Pôle Réanimation-SAMU/SMUR-Anesthésie-Urgences*** : les services qui le composent sont localisés dans deux sites.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman, les soins critiques, le SAMU/SMUR, Urgences et le service d'Anesthésie (il prend en charge les urgences néonatales, pédiatriques et obstétricales (cardiopathie de la femme enceinte) de la région caraïbe et assure des activités d'enseignement.

A l'Hôpital Louis Domergue, un service d'urgences et un service d'anesthésie y sont situés.

- ***Le Pôle Bloc opératoire et stérilisation*** : il est situé sur trois sites.

A l'Hôpital Zobda-Quitman, le bloc opératoire avec un plateau technique neuf situé au Nouveau Plateau Technique.

A l'Hôpital Mangot Vulcin, y est situé un service de bloc opératoire.

A l'Hôpital Louis Domergue, il existe un service de bloc opératoire.

- ***Le Pôle cœur-vasseaux-thorax-maladies métaboliques et endocriniennes-néphrologie-hémodialyse*** : il est localisé sur trois sites.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman, sont retrouvés le service de cardiologie, de cardiologie hémodynamique, de chirurgie cardiaque, de chirurgie cardio-thoracique vasculaire, de pneumologie, diabéto-endocrinologie.

A l'Hôpital Louis Domergue, un service de cardiologie et de diabéto-endocrinologie y sont installés.

A l'Hôpital Mangot Vulcin, le service de néphrologie y est localisé.

- ***Le Pôle Imagerie Médicale*** : il est situé sur cinq sites.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman 2, il y a le service d'imagerie diagnostique.

A la MFME, y est localisé un service d'imagerie.

A l'Hôpital Louis Domergue y est localisé un service d'imagerie.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman 3, il y a le service d'institut Caraïben d'Imagerie Médicale qui comprend des consultations externes, des hospitalisations conventionnelles, une radiopharmacie, un cyclotron (en cours d'installation)

A l'Hôpital Mangot Vulcin, il existe un service d'imagerie.

- **Le Pôle Biologie-Pathologie** : il est constitué des laboratoires (les centres de prélèvements Fort-de-France, Le Lamentin et Trinité) et les différents services de l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman qui comprend les services d'hématologie biologique, de parasitologie-mycologie ainsi que du plateau technique à réponse rapide de l'Hôpital Louis Domergue de Trinité.
- **Le Pôle Cancérologie-Hématologie-Urologie** : il est situé sur trois sites.

A l'Hôpital Albert Clarac, où se trouvent les services de radiothérapie, oncologie et soins palliatifs.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman, le service d'hématologie qui se compose de quatre entités, une unité d'hospitalisation complète d'hématologie, un hôpital de jour, une unité de soins intensifs hématologiques, une unité de consultations externes.

A l'Hôpital Mangot Vulcin, le service d'urologie qui se compose de cinq entités, une unité d'hospitalisation complète, une unité de bloc et d'ambulatoire, une unité d'explorations fonctionnelles, une unité d'hospitalisation complète Uro-Robot et une unité de consultations externes.

- **Le Pôle de Neurosciences – Appareil locomoteur** : il se situe sur cinq sites.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman 1, les services d'ophtalmologie, orthopédie traumatologie du membre supérieur, orthopédie traumatologie du membre inférieur, unité d'anxiété de dépression-résistante, hôpital de jour de neurologie, le centre de référence des maladies rares, la plateforme de coordination et d'orientation outremer maladies rares de Martinique, d'explorations fonctionnelles du système nerveux, d'équipe mobile de rééducation fonctionnelle, de chirurgie orale et médecine bucco-dentaire, de consultation externe d'orthopédie, de consultation externe d'ophtalmologie et d'addictologie-tabacologie-lieu de santé y sont situés.

A l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman 2, sont retrouvés les services de neurologie générale/Accident Vasculaire Cérébral et Unité de Soins Interventionnelles, de Neurochirurgie, de chirurgie du rachis.

A l'Hôpital Albert Clarac se trouvent les centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sur le mode de consultations externes, de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : Hébergement, l'Equipe de liaison et de Soins en Addictologie site de Fort-de-France.

A l'Hôpital de Mangot Vulcin, sont localisés les services d'Hospitalisation tête et cou, d'Hospitalisation de Médecine Polyvalente et Rééducation, d'Hospitalisation chirurgie réparatrice et brûlés, consultation externe Tête et Cou, chirurgie ambulatoire, plateau technique médecine physique, consultation médecine du sport, consultation neurocognitive.

A l'Hôpital Louis Domergue de Trinité, il y a un Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sur mode de consultations externes et une équipe mobile de liaison en addictologie.

- **Le Pôle Pharmacie** : la pharmacie centrale se situe à l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman 1.
- **Le Pôle Femme, Mère, Enfant de Territoire** est le onzième pôle d'activité du CHUM que je vous présenterai plus amplement par la suite.

Depuis janvier 2023, le CHUM fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Martinique [21].

Le GHT, né à la suite de la loi de modernisation de 2016, a comme critère d'être une coopération fonctionnelle. Il a pour objectif de mutualiser l'organisation de l'hôpital public sur un territoire qui est la région, mais qui peut, dans certains cas, être transrégional. Le principe de création de GHT est effectif depuis 2015 et est obligatoire. Néanmoins, certaines régions comme la Martinique avaient obtenu une dérogation par arrêté de leur Directeur Général respectif, des Agences Régionales de Santé des régions concernées.

Le GHT a une convention fondatrice dans laquelle est identifié l'établissement support [22]. En Martinique, le CHUM occupe cette place et représente la collectivité.



Figure 12 Cartographie GHT MARTINIQUE, source ANFH

- Les établissements faisant partis du GHT Martinique sont les suivants [21] :
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
 - Le Centre Hospitalier du Marin
 - Le Centre Hospitalier des Trois-Ilets
 - Le Centre Hospitalier du Saint-Esprit
 - Le Centre Hospitalier Ernest WAN AJOUHU du François

- Le Centre Hospitalier Romain BLONDET de Saint-Joseph
- Le Centre Hospitalier Nord-Caraïbe
- Le Centre Hospitalier Intercommunal Lorrain-Basse-Pointe
- L'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Madrépores – Anses d'Arlet
- L'EHPAD Marcel Hardy du Robert.

On retrouve aussi des établissements associés au GHT de la Martinique : le centre hospitalier Maurice Despinoy (établissement public de santé mentale) et la clinique de la Tour (Hospitalisation à domicile (HAD)) [21].

Tous les établissements constituant le GHT ont pour but un projet médico-soignant partagé. Ce dernier a été élaboré pour cinq ans et s'articule autour de trois chantiers prioritaires qui sont [21]:

- 1 « Structurer la filière transversale SSR en améliorant la gradation de l'offre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en fluidifiant l'adressage Médecine Chirurgie Obstétrique / SSR
- 2 Fluidifier les parcours de soins sur 6 filières de soins prioritaires (gériatrie, oncologie/soins palliatifs, maladies chroniques, neuro/ortho/traumatologie, Femme/mère/enfants, santé mentale) en favorisant les prises en charge dans le bassin de vie du patient, en améliorant la lisibilité de l'offre, et en mettant en place des protocoles communs inter-établissements
- 3 Améliorer le parcours de formation des professionnels de santé (Formation initiale et formation continue) et favoriser le partage de connaissances. »

Le CHUM, par son positionnement en tant qu'établissement support du GHT, détient un rôle majeur dans le parcours patient de la population martiniquaise. Les chantiers prioritaires choisis se conforment aux politiques nationales de santé publique dans le but d'assurer aux martiniquais une meilleure prise en soins.

Au travers de ce projet médico-soignant, le pôle Femme, Mère et Enfant qui nous intéressera dans ce projet est très fortement impacté. Mais quel est le fonctionnement de ce pôle qui est très important pour la périnatalité martiniquaise ?

1.4 Le Pôle Femme, Mère et Enfant

Le Pôle Femme, Mère et Enfant est composé de deux maternités et deux centres pluridisciplinaires prénataux de proximité (CR3P) : la maternité du Centre Hospitalier Louis Domergue (CHLD) à Trinité (Nord Atlantique de la Martinique), la MFME (Centre de la Martinique), le CR3P du Marin (Sud de la Martinique) et le CR3P de Basse-Pointe (Nord Atlantique de la Martinique) [23].

La maternité du CHLD est une maternité de type 1. Elle accueille les grossesses à bas risque et assure les soins courants au nouveau-né. Seize sages-femmes y exercent et deux sages-femmes coordinatrices. Elles prennent en charge les patientes dont les grossesses sont physiologiques. En moyenne, 430 accouchements y sont réalisés par an.

Les CR3P sont des centres dans lesquels sont réalisées des consultations gynécologiques et obstétricales. Une sage-femme exerce dans chaque CR3P.

La MFME (Fig.13) est une maternité de type 3 d'une superficie de 16 000 m².

Elle comprend plusieurs services : un service urgences gynéco-obstétrique/ bloc obstétrical, un service de ZSTCD, un service de gynécologie, un service de consultations externes, un service de grossesses pathologiques, de suites de couche, néonatalogie, soins intensifs néonataux, un service de réanimation néonatale et un lactarium. Elle comprend aussi un service de pédiatrie et un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal.

Elle a au total 132 lits et 15 places. Les équipes réalisent environ 2 200 accouchements par an. Soixante-huit sages -femmes et cinq sages -femmes coordinatrices y exercent.

| METIERS (Avril 2023) | Nombre agent |
|---|---------------------|
| non défini | 7 |
| Agent d'accueil | 1 |
| Agent de bio-nettoyage | 23 |
| Agent de gestion administrative | 19 |
| Agent de logistique | 6 |
| Aide-soignant(e) | 65 |
| Archiviste | 1 |
| Autre spécialiste des spécialités médicales | 51 |
| Auxiliaire de puériculture | 83 |
| Brancardier(ère) | 19 |
| Adre administratif(ve) de pole (CAP) | 1 |
| Cadre soignant de pole | 1 |
| Conseiller(ère) en genetique | 1 |
| Educateur(trice) jeunes enfants (EJE) | 1 |
| Encadrant(e) d'unités de soins et d'activités paramédicales | 19 |
| Généraliste et spécialiste de médecine générale | 12 |
| Gestionnaire de données | 1 |
| Gestionnaire de stocks | 2 |
| Gynécologie - Obstétrique | 4 |
| Infirmier(ère) en soins généraux (IDE) | 104 |
| Infirmier(ère) puériculteur (trice) (IPDE) | 78 |
| Interne en médecine (et FFI) | 75 |
| Médecin des spécialités chirurgicales | 63 |
| Orthophoniste | 1 |
| Pédiatre | 11 |
| Psychologue | 8 |
| Sage - femme | 87 |
| Secrétaire | 2 |
| Secrétaire médical(e) | 47 |
| Technicien(ne) d'études cliniques (TEC) | 1 |
| Total général | 794 |

Tableau 3 Personnels de la MFME, source Ressources Humaines



Figure 13 La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant, source : <http://www.chu-martinique.fr>

La MFME est considérée comme un centre de référence territorial public dans le domaine de la périnatalité et des pathologies de la femme, de la mère et de l'enfant. Elle propose à ses usagers d'être partenaire tant dans leur prise en charge grâce à la qualité des équipements mis à leur disposition que dans le choix des thérapeutiques. Cette structure offre aux usagers une prise en charge spécialisée par des professionnels performants autour d'un plateau technique renforcé.

Afin d'optimiser la prise en charge des usagers de cet hôpital, un plateau technique spécifique lui est dédié (bloc opératoire, bloc obstétrical, imagerie médicale, biberonnerie et stérilisation centrale...). Du fait de sa proximité avec l'hôpital Pierre Zobda-Quitman, certains équipements sont mutualisés tels que les examens par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), les laboratoires d'analyses médicales.

| | 2021 | 2022 | Evolution |
|---------------------------------------|------------|------------|-----------|
| Nombre de consultations externes | 36974 | 36725 | -249 |
| Urgences gynéco-obstétricales | 11397 | 13050 | 1653 |
| RSS | 4886 | 4762 | -124 |
| Nombre de séjours / RUM | 4937 | 4813 | -124 |
| CA MOYEN PAR RUM | 2374,37 | 2503,52 | 129,15 |
| RUM EXTREME HAUT | 243 | 256 | 13 |
| Valorisation des séjours | 11 615 419 | 11 904 590 | 289171 |
| Nombre d'accouchements | 2188 | 2147 | -41 |
| Nombre de naissances | 2230 | 2188 | -42 |
| Nombre d'interventions de gynécologie | NC | 2455 | |

Tableau 4 Tableau d'activités de la Maternité, source PMSI

La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant est la seule maternité de type 3 de l'île. La prise en charge des grossesses à risque dans ce milieu insulaire provoque assez fréquemment une saturation des lits au sein de la MFME. En effet, en 2021, 86 femmes enceintes ont été transférées vers une autre maternité (la maternité de niveau 1 de Trinité ou la Clinique Saint-Paul, clinique privée) ; ainsi que 27 accouchées réparties entre ces deux établissements. En 2022, 65 transferts in utero ont été réalisés et 28 accouchées ont dû aussi être accueillies dans d'autres établissements.

La MFME a un fort rayonnement en Martinique et même au-delà grâce à son personnel et à ses équipements performants qui entraîne une attractivité élevée et des flux entrants en constante augmentation.

Mais, quels sont les problèmes rencontrés par la MFME qui ont conduit à la commande ?

2 Problématiques de la MFME

En Martinique, la MFME est la seule maternité qui détient les services pouvant assurer des prises en charge de pointe des pathologies fœtales et maternelles. Toutefois, cette configuration s'accompagne de divers questionnements que je trouve pertinent de vous exposer dans le cadre du projet.

2.1 Cadre conceptuel

Je vous présente les différents concepts qui permettent d'étayer les problématiques rencontrées à la MFME. Je les ai trouvés pertinents dans l'élaboration de mon projet managérial « Création d'un Hôpital de Jour ».

2.1.1 Les problèmes en lien avec le parcours patient/ organisationnels/ hospitalisation

Les parcours des patients

En langue française, un parcours se définit comme un itinéraire à suivre ou suivi par quelqu'un [24].

Cette notion à l'échelle de la santé est définie comme « la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement », selon le lexique des parcours [25]. Ce lexique a été créé par les Agences Régionales de Santé et le secrétariat général des ministères des affaires sociales [25].

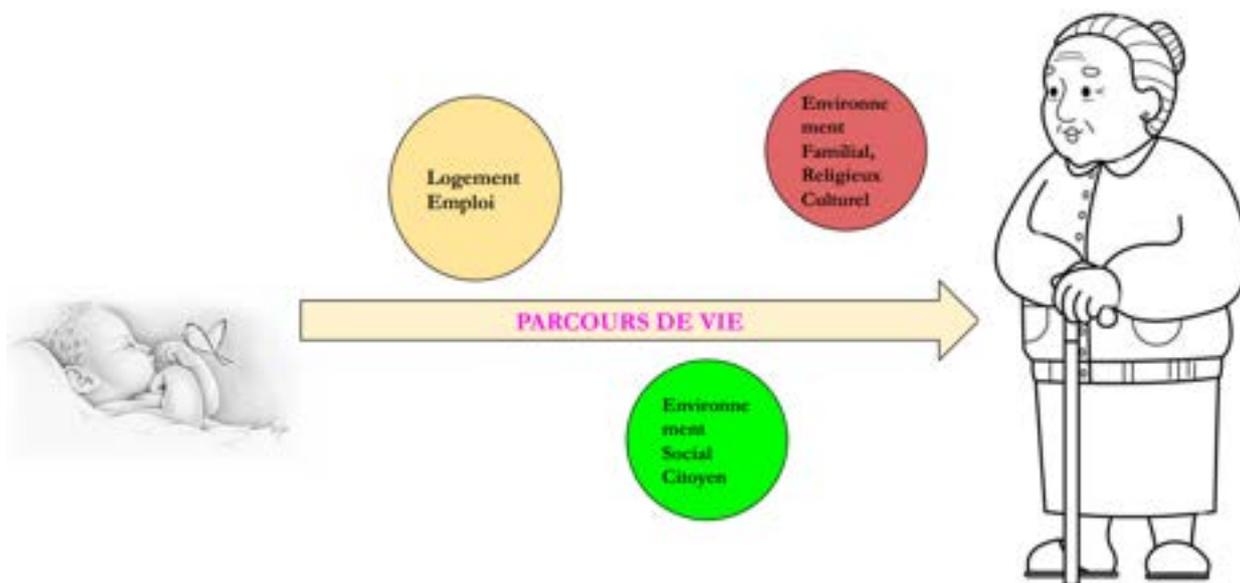
Il faut noter que la notion de parcours est globale mais l'on y distingue trois types de parcours [26]: le parcours de vie, le parcours de santé, le parcours de soins.

Ces niveaux impliquent chacun un niveau de prise en charge propre à chacun.



Figure 14 Parcours, sources séquence pédagogique de Cédric FATH

En Démocratie sanitaire, les parcours de vie se décrivent comme un paradigme qui prend en compte l'individu dans son environnement. Selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie⁷, la notion de parcours de vie « *recouvre le cheminement individuel des dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne* » [27]. Cette notion de parcours de vie tient compte de la perception subjective qu'ont les personnes de leur situation ainsi que des éléments extérieurs pouvant expliquer leur état. Le parcours de vie constitue le niveau 1 des parcours.



Selon la Haute Autorité de Santé, « les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées » [28]. Le parcours de santé englobe la prévention, les soins ainsi que l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile. Il a pour cible aussi bien les personnes malades que les personnes en bonne santé.



⁷ La Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie a été mise en place en 2015. C'est un établissement public créé par la loi du 30 Juin 2004. Elle est depuis le 1^{er} Janvier 2021, gestionnaire de la 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale, la branche autonomie.

Le parcours de soin articule les soins, avec en amont la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile.

Le parcours de soins, selon l'HAS⁸, se définit comme « le juste enchaînement et aux bons moments de certaines compétences professionnelles liés directement ou indirectement aux soins.

Le parcours de soins permet alors de s'appuyer sur les bonnes pratiques des professionnels et d'anticiper, coordonner et d'échanger les informations entre acteurs en charge du patient » [29]. Grâce aux parcours de soins, le patient bénéficie d'une prise en charge pertinente, efficace, sécurisée, accessible et continue en se plaçant côté soignant. Du point de vue patient, il perçoit cette organisation comme rassurante et sécurisante.

Les objectifs du parcours de soins doivent répondre aux besoins sanitaires. Il se définit comme un ensemble d'étapes que le patient fait selon sa situation, sa pathologie dès son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Chaque parcours de soins est individuel et a comme objectif de donner une réponse adaptée aux besoins de la personne en tenant compte de ses spécificités (humaines, culturelles, sociologiques).

Selon l'ARS Franche-Comté, « le parcours de soins comprend et décrit la prise en charge d'un patient/usager dans lequel interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire » [28].

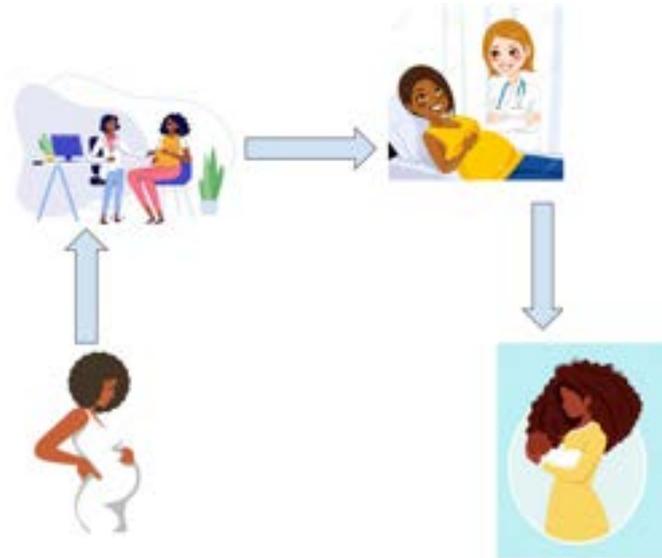
Depuis la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, il est question de garantir aux patients un parcours tangible [30]. Le parcours de soins se définit comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients. Les professionnels de santé doivent alors faire des interventions coordonnées et concertées auprès des patients. En effet, cette loi permet aux patients de bénéficier de soins adaptés assurés par des professionnels compétents. Un égal accès à la santé, une prise en charge lisible, accessible, complète et de qualité associée à une organisation sanitaire et sociale efficiente permettent une amélioration de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins.

De plus, la loi de modernisation accompagne le virage ambulatoire qui implique des changements au sein des établissements de santé. Les hôpitaux doivent se recentrer sur les soins et non sur l'hébergement avec des hospitalisations de durée plus adaptées aux besoins des usagers et une offre de soins plus graduée.

Le virage ambulatoire permet de passer de l'hospitalocentrisme à un partenariat ville-hôpital avec des coordinations de parcours entre les différents professionnels de santé.

Actuellement au sein de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant, le parcours de soins des patientes à risque est composé de consultations externes et d'hospitalisation à temps complet. J'illustre les différentes étapes du parcours par le schéma suivant.

⁸ La Haute Autorité de santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique. Elle a comme objectif de promouvoir la qualité dans le domaine sanitaire, social et médico-social au bénéfice des usagers. Elle travaille de concert avec les pouvoirs publics dont elle guide la décision avec les professionnels en émettant des recommandations. Elle a été créée par la loi du 13 Août 2004 relative à l'Assurance maladie.



Selon la pathologie, les patientes sont orientées vers d'autres spécialistes sur le site de l'hôpital Pierre ZOBDA-QUITMAN la plupart du temps à une date ultérieure ; ce qui contraint la patiente à revenir et qui par moment, peut conduire à une rupture de soins faute de transport par exemple.

Il n'existe pas d'unité d'hospitalisation à temps partiel permettant une prise en charge pluridisciplinaire dans la structure.

En ce qui concerne le parcours de santé, il est la résultante de tous les secteurs du système de santé : la prévention, les soins et l'articulation ville-hôpital et l'accompagnement médico-social et social.

Suite à la loi de modernisation qui incite les établissements à un virage ambulatoire, le directoire souhaite créer une structure ambulatoire au sien de la MFME afin d'améliorer le parcours de soins des grossesses à risque. L'hôpital de jour est une proposition d'alternative à l'hospitalisation conventionnelle que je vais vous développer maintenant.

[Hospitalisation conventionnelle ou hospitalisation à temps complet](#)

L'hospitalisation à temps complet correspond à un séjour d'une durée supérieure à un jour en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie [31].

Selon la DREES, douze millions de séjours en hospitalisation à temps complet ont été assurés par les établissements de santé en 2016. Le MCO représente 86% d'hospitalisation conventionnelle.

Le nombre de séjours en hospitalisation complète rapportée à la population s'élève à 13% dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et 16 % en Métropole. Médecine Chirurgie et Odontologie parcours de soins des patients dans les hôpitaux [32].

A la MFME, en 2021, le nombre d'hospitalisation était de 3817. Puis en 2022, ce chiffre s'élève à 3918. Le nombre d'hospitalisation augmente mais aussi en durée moyenne de séjour. La durée moyenne de séjour (DMS) est le nombre de jours que les patients passent à l'hôpital. L'augmentation de la DMS provoque une saturation en lit des services.

Cette situation exceptionnelle qui est la conséquence d'une inadéquation entre les moyens disponibles (lits d'hospitalisation, personnels, ...), le flux de patients présents aux urgences et les besoins immédiats d'hospitalisation non programmées est la tension hospitalière. L'organisation prévisionnelle ayant estimée la file active à 7000 passages par an, aux urgences gynéco-obstétricales, ceci explique l'écart constaté et les difficultés rencontrées à ce jour.

Afin de faire face à cette situation, une organisation est mise en place en reconvoquant les patientes aux urgences gynéco-obstétriques, 48h pour les patientes à terme ayant des grossesses physiologiques mais aussi pour les grossesses à risque. Des transferts in-utero sont aussi faits vers

la maternité de type 1 et vers la clinique de type 1, dès que la patiente peut être acceptée dans ces structures.

La MFME étant la seule maternité de type 3 se retrouve fréquemment dans cette conjoncture. En effet, en 2021, 11 602 passages aux urgences gynéco-obstétriques sont comptabilisés et en 2022, 11 799 passages. Ce service d'urgences se retrouvent assez souvent en situation de tension hospitalière qui a des répercussions sur le ressenti des patientes, de leurs accompagnants mais aussi sur le personnel. Du fait d'un délai d'attente long, il existe un retentissement sur la satisfaction des patientes, le vécu de la prise en charge, de l'accueil. Cette tension hospitalière provoque une amplification de l'hyperémotivité que subissent les patientes durant la grossesse.

L'hospitalisation conventionnelle à la MFME, est le seul moyen d'hospitalisation des grossesses à risque et cela provoque au sein de la structure des hospitalisations quasi-systématique faute d'autres alternatives.

La mise en place d'un hôpital de jour favorisera une diminution des durées d'hospitalisation. Il est aujourd'hui important de coupler l'aspect quantitatif de la création de cette unité à l'aspect qualitatif pour réussir un tel projet, nous allons le voir au travers de l'expérience patient.

2.1.2 *Les problèmes en lien avec l'expérience patient*

Selon l'Institut français expérience patient⁹, l'expérience patient est « l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée » [33]. Les sources, dont se sont inspirés l'Institut français afin de définir l'expérience patient comme cité préalablement, sont d'origine anglo-saxonne. En effet, les pays anglo-saxons tels que les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni ont été les instigateurs du mouvement en faveur de l'amélioration de l'expérience patient.

Le système de santé évolue et prend en considération le patient à part entière. L'expérience patient devient un levier d'amélioration du système de santé, comme nous l'avons vu dans la séquence pédagogique « La place du patient dans le système de santé » enseigné par Madame MOURRE dans l'ECUE 6.4 : L'usager et le système [34]. Elle est globale et singulière. La qualité des soins avec une adhésion des professionnels peut être améliorée grâce à cette révolution que représente l'expérience patient. Ce concept tient compte d'une prise en charge globale avec comme priorité la dimension humaine du soin et une prise en soins optimale.

L'expérience patient oriente vers un changement de paradigme concernant la qualité des soins qui se décomposent, aujourd'hui en trois dimensions : le partenariat patient/famille, le personnel et le parcours patient.

Le recueil du vécu des patients est un vecteur stratégique d'optimisation de la qualité des soins. Lors de l'admission des patientes en service d'hospitalisation, un livret d'accueil leur est remis. Il contient un questionnaire de sortie, dans lequel, les patientes peuvent au travers des questions exprimer leur vécu. Ces questionnaires anonymes permettent de libérer la parole et grâce aux questions libres, elles s'expriment librement. Ce document est examiné par la cellule qualité qui met en place des actions afin d'améliorer les prises en charge qui ont pu être problématiques.

⁹ L'Institut français de l'expérience patient est une organisation à but non-lucratif. Elle a pour objectif de *faire de l'expérience patient un levier de transformation du système de santé en France.*

Suite à la séquence pédagogique « Qualité, gestion de la qualité et questions soulevées » enseignée par Madame ARNOUD en Master 1^{ère} année, plusieurs tentatives de définition ont été proposées [35].

L'HAS définit la qualité comme une démarche de management [35].

Selon Spencer¹⁰, la qualité est « une approche systémique de la pratique managériale qui requiert des changements aux niveaux des processus organisationnels, des priorités stratégiques et des attitudes et des comportements des individus » [35].

Selon Hill¹¹, la qualité est « une philosophie de gestion qui institutionnalise l'amélioration continue » [35].

Selon l'HAS, la qualité des soins est une « exigence légitime à la fois pour les professionnels de santé et les patients » [35].

Actuellement, le management par la qualité a une logique de contrôle qui est très forte. Le processus sera surtout le suivant planifier, faire, vérifier que c'est bien fait et agir (PLAN, DO, CHECK, ACT) [35]. Il est important à la suite de ce processus de proposer une critique performative. Afin d'améliorer voire de transformer les pratiques de façon active et subversive, il est nécessaire de procéder à des analyses constructives dans le but de promouvoir la performance, l'amélioration. Ces critiques performatives font partie intégrante du management par la qualité : critiquer pour transformer.



Figure 15 Roue de Deming, source <https://www.certification-qse.com/cycle-pdca-roue-de-deming/>

La roue de Deming ou la méthode Plan Do Check et Act a été créée par William Edwards Deming¹² [36]. Elle est un des piliers de la démarche qualité et représente l'un des fondements de l'amélioration continue. Elle est la représentation des quatre étapes du processus décrit précédemment.

¹⁰ Spencer Barbara, enseignante à l'Université au Mississippi, a décrit les modèles d'organisation et de gestion de la qualité totale : comparaison et évaluation critique dans la revue *The Academy of Management Review* ; vol n°19 publié en Juillet 1994, p446-471

¹¹ Hill F.M est un auteur qui a écrit *Managing Service Quality in Higher Education : The Identity of the Student as Primary Consumer. Quality Assurance in Education.*

¹² Deming W.E est un statisticien, qualitatif, professeur d'université qui a étudié la notion de qualité dans l'industrie et son enseignement a surtout ciblé les branches du management.

Pour effectuer ce processus la mise en place d'indicateurs des critères de qualité est essentiel. Les indicateurs façonnent l'activité, ils désignent ce sur quoi le travail va être mesuré.

L'HAS a pour mission de développer et mettre en œuvre des indicateurs de qualité et de sécurité des soins afin d'améliorer la qualité des soins [35]. Cette évaluation est menée par les professionnels de santé mais aussi par les patients. Elle s'appuie sur 3 composantes complémentaires :

- les PROMS (Patients-Reported Outcome Measures) qui mesurent la qualité des résultats de soins perçus par le patient
- les PREMS (Patient-Reported Experience Measures) qui évaluent la qualité de l'expérience des soins vécus par les patients
- la mesure de la satisfaction des patients, qui vient compléter les PROMS ou les PREMS.

Le dispositif e-satis est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients. Il a été mis en place depuis 2016 et est sous forme de questionnaires fiables et validés par la Haute Autorité de Santé [37]. Les questionnaires sont adaptés au type de séjour des patients et portent sur des étapes importantes du parcours de soins des patients.

Le pourcentage global de satisfaction patient en 2022 à la MFME est de 66.34 %. Je vous présente quelques exemples et vous trouverez le tableau récapitulatif en annexe : concernant l'accueil, le taux de satisfaction s'élève à 57.29%, quant à l'organisation de la sortie, la satisfaction s'élève à 57.87% et la satisfaction globale s'élève à 66.78%. Ce résultat de 66.34% équivaut à une classification en classe D des établissements de santé. Force est de constater que l'expérience patient est à améliorer au sein de la structure [18].

En Martinique, il existe un taux de famille monoparentale de 53.6% dont le parent est la mère, cette situation conduit à une précarité de travail. Ces conditions agissent sur l'expérience patient du fait de la dimension émotionnelle chez la femme enceinte qui est très développée.

2.1.3 *Les problèmes en lien avec les personnels*

Lors de situations de tensions hospitalières qui se trouvent assez répétitives, le personnel hospitalier se retrouve confronté à exercer dans l'urgence tout en n'ayant pas toutes les latitudes afin d'assurer une prise en charge optimale des patientes [38]. Cela crée chez le personnel hospitalier, une certaine insatisfaction de leur exercice et une frustration de ne pouvoir bien faire leur travail [39].

Cette altération de la qualité de vie au travail se manifeste sous plusieurs formes telle qu'une révolte envers la hiérarchie, en se plaignant d'un manque de cohérence de la politique de l'établissement.

Ces situations créent au sein même de la structure des tensions entre équipes d'hospitalisation et des UGO ; car le flux entrant n'est pas compensé par le flux sortant des services d'hospitalisation

Une certaine pression de l'une envers l'autre se ressent. L'une souhaitant placer ces patientes allongées sur des brancards dans des lits et l'autre expliquant son impuissance face à des sorties non effectuées ou l'absence de lits dans les services car saturés.

Il peut exister un point de rupture de la communication car les unes se sentant incomprises et les autres se sentant laissées pour compte. L'autre cas rencontré est le sentiment de

travail non accompli convenablement, une certaine sensation de ne pas avoir suffisamment accompagné les patientes car l'activité et l'organisation ne le permet pas.

Ces situations vécues que je retranscris sont des exemples de la qualité de vie au travail. Elles sont l'illustration de signaux tels que l'expression de problèmes de communication, de mal-être, du travail non accompli, ou de stress au travail que j'ai pu observer, entendre de mes collègues et le vivre, de par ma fonction de sage-femme hospitalière premier grade aux UGO et bloc obstétrical.

Depuis l'accord national interprofessionnel du 19 Juin 2013 et la parution de l'arrêté du 15 Avril 2014 portant extension vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle, cette démarche de qualité de vie au travail est reconnue [40] [41]. La démarche qualité de vie au travail concerne de prime abord le travail, les conditions de travail et la possibilité de « faire ou non du bon travail ». Une reconnaissance sociale au sein de l'entreprise ainsi qu'un équilibre vie professionnelle et personnelle font partie de ses caractéristiques.

Selon l'PHAS, « *la qualité de vie au travail (QVT) en santé regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé* » [42]. Les actions entreprises afin d'accomplir cette démarche ont pour mission l'accompagnement des professionnels en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels. L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail¹³ (ARACT) et la Haute Autorité de Santé se sont associées afin de consolider la notion de qualité de vie au travail, sa dynamique dans les organisations de santé. Ce partenariat a aussi comme objectif de proposer des repères aux professionnels, aux managers et aux partenaires sociaux [43].

A la MFME et au-delà, au CHUM, aucune étude n'a été retrouvée qui puisse retranscrire la démarche qualité, plus précisément le vécu et la satisfaction du personnel qu'il serait intéressant d'étudier.

Les équipes souffrent de la tension hospitalière et des dysfonctionnements que cela entraîne, mais il ne faudrait surtout pas oublier la patiente qui elle se retrouve à subir ces répercussions. C'est en ce sens que, le projet de « création d'un hôpital de jour » a été acté afin d'améliorer la satisfaction des patientes et au décours, inclure l'amélioration de la qualité de vie du personnel.

2.1.4 *Les problèmes de coût*

Les établissements de santé peuvent être définis comme un ensemble d'organisations qui diffèrent par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leur mode de financement. La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant, maternité de type 3, est un établissement de santé public.

Les modalités de financement des établissements de santé ont été modifiées au fil des années. Ces modifications ont pour but de médicaliser le financement, d'introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources financières, d'unifier les modalités d'allocation de ressources entre les secteurs publics et privés et de responsabiliser les acteurs. Afin d'expliquer la tarification des établissements de santé, je prends comme source la séquence pédagogique « Le financement des dépenses de santé » enseignée par Monsieur r BEJEAN dans l'ECUE 6.2 : Le pilotage de la performance des organisations soignantes [44]. Depuis la mise en place de la Tarification à l'activité, les allocations de ressources sont construites autour de cinq grands axes : le paiement au séjour (Groupe Homogène de Séjour), le

¹³ L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) a pour principale mission l'amélioration des conditions de travail des salariés, en fonction des objectifs de performance et d'efficacité des organisations et la promotion du dialogue et de la concertation sociale.

paiement en sus des GHS de produits de santé, l'attribution de forfaits annuels, les missions d'intérêt général (MIG) et l'aide à la contractualisation (AC). Les objectifs de la T2A étant de rationaliser les dépenses, équilibrer les ressources, introduire la notion de performance, médicaliser le financement et responsabiliser les acteurs [44].

La tarification à l'activité est « *un mode financement unique pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés dans lequel l'allocation des ressources est fondée sur la nature et le volume de leur activité* » [44].

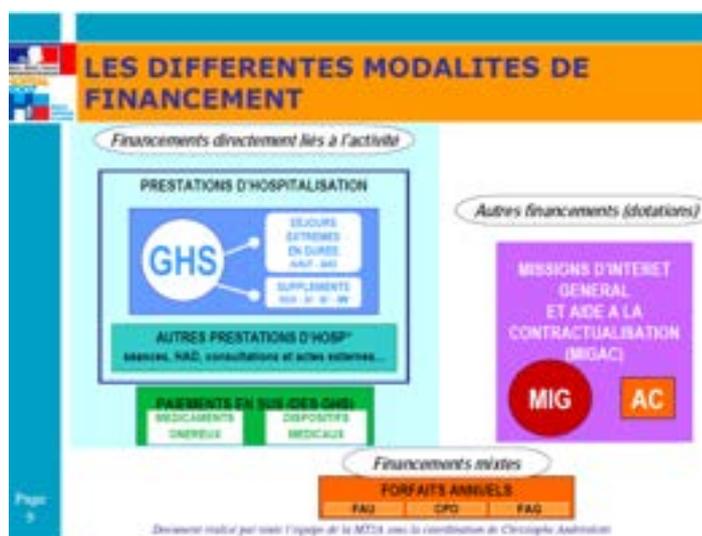


Figure 16 Les différentes modalités de financement, source : séquence pédagogique Tarification à l'activité. Mr BEJEAN

Il existe une modulation tarifaire via des coefficients géographiques qui prend en compte certaines spécificités qui pèsent sur les coûts de fonctionnement (coût de la vie dont le foncier) liées à la localisation géographique de certains établissements, à titre exceptionnel notamment pour les départements d'outre-mer. Cette modulation tarifaire s'élevant à 25% pour les DOM [45].

Les modalités de paiement au séjour se font via les groupes homogènes de séjour. Les informations administratives et médico-économiques fournies par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un Groupe Homogène de Malades (GHM). Puis, chaque GHM est associé à un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire (le Groupe homogène de Séjours). Les tarifs sont nationaux et publiés par arrêtés du Ministre de la Santé. Le PMSI a pour mission de recueillir les données pour l'ensemble des hospitalisations qui ont lieu sur le territoire français. Il a pour but le financement des établissements de santé et la planification de l'offre de soins [44].

Toutefois, en me reportant aux PMSI, je constate que de nombreux actes et de données ne sont pas reportées. Ceci conduit à une facturation sous-évaluée. Notamment aux urgences gynéco-obstétriques, des actes comme la prise en charge d'anémie ferriprive ne sont pas codés et donc ne sont pas facturés.

De plus, à de nombreuses reprises, des patientes sans couverture sociale sont adressées aux urgences, plusieurs fois par semaine. Elles bénéficient de plusieurs actes mais qui ne sont pas correctement renseignés et ne sont donc pas facturés. Par exemple, ces patientes correspondent parfaitement à la typologie des patientes qui seront prises en charge en HDJ obstétrique. En effet, ces patientes étrangères non assurées d'un régime français en séjour temporaire ne sont pas prises en charge par les sages – femmes libérales ; ces dernières refusent car leurs facturations ne sont pas honorées par l'assurance maladie. Face à cette

problématique, la solution trouvée par les obstétriciens du service de consultation externe de la MFME est de les adresser aux urgences gynéco-obstétricales.

Selon la pathologie, elles doivent revenir sur un cycle bihebdomadaire voire trihebdomadaire. Durant ces consultations, elles bénéficient d'au moins trois interventions ; ce qui correspond à une prise en charge en hôpital de jour d'obstétrique. Alors qu'en réalité, actuellement ils sont facturés en acte faits aux urgences et donc il y a une sous-évaluation de facturation.

Depuis le décret 1954 relatif à la réforme des lois d'assistance [46] et plus récemment suite au décret du 1^{er} Décembre 2016 [47], le service public hospitalier est obligé d'assurer une permanence des soins :

« Art. R. 6111-41.-Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-2, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2^o de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ».

Le respect de la permanence des soins implique auprès des établissements de santé, notamment au CHUM, l'obligation d'avoir des équipes sur place 24h sur 24 que ce soit aux urgences ou dans les services d'hospitalisation. Cette organisation avec planification de garde, d'astreintes des différents professionnels de santé implique un coût. En revanche, une hospitalisation à temps partiel qui dure moins de 24heures, il existe une maîtrise des dépenses organisationnelles (le nombre d'effectif temps plein est connu pour la semaine, l'unité est fermée le week-end).

2.1.5 *Les problèmes en lien avec la collaboration ville-hôpital*

La prise en charge des grossesses nécessite différents acteurs tels que des spécialistes (public ou libéraux), des sages -femmes (hospitalières ou libérales) qui doivent assurer la filière de soins de la périnatalité.

Les sages – femmes

Les sages- femmes exercent une profession médicale au même titre que les médecins. Elles prescrivent dans leur champ de compétences, elles assurent en toute autonomie le suivi de la femme et du nouveau-né. Elles peuvent exercer dans des établissements de santé publics ou privés, en cabinet libéral individuel ou de groupe ainsi qu'en services de Protection maternelle et infantile. Elles participent à l'offre de soins de premier recours [48].

En Martinique, il existe 37 cabinets de sages -femmes libéral ; certains cabinets en individuel mais la plupart sont constitués d'un groupe de sages -femmes [49].



Figure 17 Localisation des cabinets des sages - femmes libérales par zones géographiques d'intervention, source Annuaire des cabinets des sages - femmes libérales

[Le réseau de santé périnatal](#)

Le réseau de santé en périnatalité de Martinique est dénommé Réseau Santé Périnat Matnik (RSP Matnik). Il a pour support juridique, l'Association loi 1901, RENAISSANCE 972. Le réseau fonctionne depuis Mars 2015, il est administré par le conseil d'administration de l'association [50].

Ses valeurs sont : **CONSENSUS, COHERENCE, BIENVEILLANCE, SECURITE.**

Il a pour objectif la coordination, l'appui, l'évaluation et l'expertise médicale. Il exerce ses missions dans le champ de santé périnatale, en amont et en aval de la naissance et au-delà de la période périnatale pour ce qui concerne les enfants vulnérables soit jusqu'à l'âge de 6 ans [50].

Ses missions principales : améliorer l'articulation ville-établissement de santé, améliorer l'accès à l'IVG, contribuer à réduire les inégalités sociales en santé, améliorer la connaissance des données épidémiologiques en périnatalité, organiser des parcours de soins coordonnés et fluides adaptés aux enjeux régionaux, promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge [50].

Toutefois, ce réseau est quasiment inutilisé par la MFME. Il est important de souligner que depuis le départ subit d'un des piliers de la maternité qui n'a pas été remplacé, la maternité ne détient pas de protocoles harmonisés, ni d'interlocuteur privilégié avec le réseau de ville. Au vu de cette problématique, de nombreux médecins obstétriciens ont quitté l'établissement et l'équipe médicale se retrouve en sous-effectif. L'attractivité de l'établissement est mise à mal et un important turn-over des praticiens est constaté. En l'absence de protocoles harmonisés, d'un turn-over de médecins élevé, ce contexte provoque un affaiblissement du partenariat réseau de ville-hôpital. La relation entre les sages – femmes libérales et les professionnels hospitaliers se sont altérées au fil du temps. De part et d'autre, une méfiance s'est installée et les patientes se retrouvent au milieu de ce conflit larvé.

Le réseau de santé périnatal demeure l'élément clé afin de réamorcer la coopération entre professionnels de la santé périnatale. Toutefois, il demeure sous exploité et un renforcement des liens dans cet enjeu majeur qu'est la périnatalité est souhaitable. Il peut être le levier sur lequel s'appuyer afin de promouvoir la coopération entre professionnels de santé.

Mais qu'est – ce que la coopération entre professionnels de santé ?

Coopération entre professionnels de santé

Selon l'PHAS, « *l'enjeu des protocoles de coopération entre professionnels de santé est de proposer une offre de soins élargie, de réduire les délais d'accès à une prise en charge en optimisant les parcours de soins, et ainsi apporter une réponse aux attentes des patients comme des professionnels* » [51].

Selon le Ministère de la Santé et de la Prévention, la coopération entre professionnels de santé est une innovation qui contribue à élargir l'offre de soins et qui réduit les délais d'accès. Elle permet alors une amélioration des parcours de santé et diminue les ruptures de parcours de soins [52].

Cependant, en Martinique, les prises en charge des grossesses à risque sont hospitalo-centrées et le réseau de ville sous utilisé.

Comment pourrait-on faire naître une coopération entre sages – femmes libérales et professionnels hospitaliers pour une prise en charge de qualité des patientes ?

Les grossesses à risque

Certains facteurs que l'on appelle facteurs de risque peuvent augmenter les dangers liés à la grossesse. Ces facteurs sont : les problèmes survenus au cours de la grossesse précédente, les troubles préexistants avant la grossesse, les troubles qui se développent pendant la grossesse ; ces facteurs peuvent avoir un impact sur le fœtus et la grossesse devient une grossesse à risque pour le fœtus. Ces facteurs peuvent être aussi des facteurs de vulnérabilité due à une caractéristique sociale, économique, psychologique ; la vulnérabilité fait référence aux caractéristiques des individus et des espaces qui peuvent potentiellement fragiliser la santé des populations [53].

Les plans de périnatalité successifs élaborés par le Ministère de la Santé et de la Prévention ont pour mission d'améliorer la sécurité et la qualité des soins ainsi que de développer une offre de soins plus humaine et plus proche de la naissance. Les recommandations de l'PHAS ont pour objectif d'aider les professionnels de santé à repérer les situations à risque (maternel, obstétrical ou fœtal) et par conséquent à adapter la surveillance.

En Martinique, suite à une enquête du Réseau Périnatal, j'ai pu recueillir des données épidémiologiques en santé périnatale [7]. Je vous présente sous forme de tableaux quelques données.

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Facteurs de risques médicaux | Grossesse gémellaire | 2.2 % soit 80 femmes |
| | Antécédents de Mort Fœtale In Utéro, Accouchement prématuré, Retard de Croissance Intra Utérin, macrosomie | 21.3% Soit 1 femme sur 5 concernées |
| Facteurs de risque psychosociaux | Précarité (revenus du ménage <1000€/ mois) | 25.1% soit 1 femme sur 4 |
| | Violences psychologiques | 11.4% soit 1 femme sur 10 |
| | Violences physiques | 3.2 % soit environ 115 femmes |
| Principales pathologies | HTA durant la grossesse | 7.8% Soit 280 femmes en 2021 |
| | Dont HTA avec protéinurie | 4.5 % |
| | Diabète gestationnel | 10.3 % environ 371 femmes |
| | Dont insulino-dépendant | 3.8% |
| | Anémie nécessitant un traitement par fer injectable | 4.5% soit environ 162 femmes en 2021 |
| | Suspicion de Retard de croissance intra-utérin | 5.1 % environ 184 femmes en 2021 |
| | Suspicion de macrosomie | 6.1 % environ 220 femmes |

Tableau 5 Données épidémiologiques de santé périnatale en Martinique, source Réseau périnatal de Martinique

Comme vous pouvez le voir dans ce tableau qui vous présente les données épidémiologiques de santé périnatale dans le cadre de l'enquête nationale périnatale 2021, les facteurs de risques médicaux et psychosociaux s'accroissent. **21.3%** des patientes ont un antécédent de mort fœtale in utero, d'accouchement prématuré, de retard de croissance utérin ou de macrosomie. Ce pourcentage concerne au cours de cette enquête environ **770 femmes**.

Environ **371 femmes** en 2021, ont un diabète gestationnel dont 3.8 % insulino-dépendant.

Concernant la précarité que j'ai évoquée précédemment, une femme sur quatre est en situation de précarité et parmi ces **25.1%** de femmes concernées, **5.6%** d'entre elles ont renoncé à des soins pour des raisons financières. **Plus d'une femme sur 10** est victime de violences psychologiques et environ **115 femmes** lors de cette enquête ont déclaré être victimes de violences physiques [7].

Les données épidémiologiques de santé périnatale Martinique me confortent dans la nécessité de créer un hôpital de jour d'obstétrique et de réactiver la collaboration ville-hôpital.

Collaboration ville – hôpital

Dans le rapport « Renforcer le lien ville – hôpital » de Mars 2018, la Fédération hospitalière de France fait des propositions pour améliorer la collaboration avec les libéraux. Il fait des propositions pour renforcer le lien entre les soins de ville et l'hôpital [54].

Ma santé 2022 permet de « rassembler les soignants de ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des français dans les territoires » [52].

L'objectif de ma santé 2022 est qu'un exercice isolé doit devenir l'exception à l'horizon 2022.

Il est vrai qu'en Martinique, les prises en charge restent hospitalo-centrées. Le directoire du CHUM veut mettre en place une collaboration avec le réseau de ville afin de garantir une prise en charge optimale des patients.

En ce sens, dans le domaine de la périnatalité, mon projet managérial, qui est de créer un hôpital de jour, représente une amorce afin de tisser des liens avec le réseau de ville et collaborer pleinement avec les professions libérales dans la prise en charge des grossesses à risques. Cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle comporte des enjeux que je vais vous développer maintenant.

2.2 Enjeux de la création d'un hôpital de jour

Comme je vous l'ai annoncé dans mon introduction, la thématique de mon projet managérial est la création d'un hôpital de jour qui va permettre de réduire la tension hospitalière, la rupture du parcours de soins et d'arrêter les pertes d'actes non facturés.

Le mode d'hospitalisation concerné dans mon projet managérial est une hospitalisation qui dure moins de 24 heures pendant laquelle une prise en charge multidisciplinaire est assurée. Elle doit permettre des explorations ne nécessitant pas une hospitalisation complète mais ne pouvant être effectuée en consultation externe [55].

La DREES définit en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie (MCO), un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins de un jour, également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge [55].

Le CHUM en créant cette HDJ obstétrical améliorera sa prise en charge des patientes ayant une grossesse à risques. Cette création d'unité sera un atout supplémentaire dans le parcours des patientes qui sera plus fluide. En contribuant à une diminution de la durée moyenne de séjour, l'HDJ obstétrical facilitera l'accès aux soins à de nouvelles patientes. Il apportera une plus – value au CHUM avec une offre exclusive à la seule maternité de type 3 de l'île. L'HDJ sera un maillon qui permettra la communication entre le réseau de ville et l'hôpital pour la santé des patientes.

Le réseau périnatal en mettant à disposition ses données, ses locaux, il devient un lien qui facilitera la communication dans la collaboration ville – hôpital. Il sera un outil qui permettra la visibilité de l'HDJ obstétrical et la distillation des informations vers les sages – femmes libérales.

Les professionnels libéraux et hospitaliers pourront constater grâce à l'HDJ obstétrical, une diminution des mises en tension des services. Par conséquent, une meilleure qualité des échanges entre équipes mais aussi envers les professions libérales. Une communication interprofessionnelle sera vectrice d'un meilleur partenariat et d'une orientation des patientes efficaces. Concernant les professionnels hospitaliers, une amélioration de la qualité de vie au travail sera observée.

Pour les usagers, la création d'un HDJ obstétrical permettra aux patientes d'éviter une hospitalisation à temps complet quand cela est possible. Elles auront accès à un parcours de soins plus fluide et accès à l'expertise pluridisciplinaire du CHUM. La prise en charge par les sages – femmes libérales en collaboration avec la maternité sera aussi impactée, elle sera considérée comme rassurante par les patientes. La satisfaction des patientes et de leur entourage évoluera favorablement.

Maintenant, je vais aborder le cadre législatif de mon projet managérial.

2.3 Cadre législatif

Les établissements de santé sont, au fil des années, indirectement conduits par les usagers. Les patients deviennent acteurs de leurs parcours de soins, parcours de santé et ils influencent directement l'avenir des établissements. La loi du 04 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *affirme le droit du malade à la dignité et au respect de sa vie privée en institution* [56].

Dans la perspective d'un pilotage des établissements de santé à partir d'objectifs de santé publique, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » apporte plusieurs modifications des dispositifs en place [14]. Comme nous l'avons étudié en cours de Master 1 enseigné par Mr Letourneau, le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a pour vocation l'organisation sanitaire et la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé [57].

Dans le prolongement de la loi HPST, la loi du 26 Janvier 2016 promeut la prévention et l'éducation pour la santé à une place centrale du système et des politiques de santé [30]. Elle prévoit une structuration du système de santé sur la base des parcours de santé. Elle est largement centrée sur la problématique de la coordination des acteurs qu'elle entend promouvoir à tous les échelons de l'action publique. Selon l'article L.6132-1. du Code de Santé Publique de la loi de modernisation « chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale ».

Comme nous l'avons vu lors de nos cours avec Mr DUMOND ainsi qu'avec Mme ZACHARIE, le Groupement hospitalier de territoire est né à la suite de la loi de modernisation du 26 Janvier 2016 [22, 58]. La loi et le décret d'application construisent de manière prescriptive une architecture hospitalière territoriale publique complète avec une gradation à 3 niveaux : le CHU, l'établissement support du GHT et les différents sites du GHT. Le GHT a pour objectif de mutualiser l'organisation de l'hôpital public sur un territoire qui est la région mais peut aussi être transrégionale. Il n'a pas vocation à s'occuper de coopération privée et est contrôlé par l'ARS. L'élément essentiel du GHT est la convention fondatrice qui permet de comprendre le GHT et d'identifier l'établissement support qui en Martinique est le CHUM.

La loi du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé « Ma santé 2022 » a pour objectif une amélioration de la coopération des professionnels de santé au service des patients [59]. Un autre de ses objectifs est un partenariat entre soignants de ville et soignants hospitaliers autour de projets santé. « Ma santé 2022 » priorise la qualité et la pertinence des soins dans le but de transformer le système de santé [52].

Depuis les années 1970, un cadre juridique a mis en place la structuration et la concentration des maternités. Par la suite, les décrets Périnatalité du 09 Octobre 1998, relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. « Lorsque l'activité de l'unité est supérieure à 1 200 accouchements par an, la salle d'intervention et celle de surveillance post interventionnelle sont soit situées au sein du secteur de naissance, soit sont contiguës à celui-ci. Dans ce dernier cas, une des salles de travail doit pouvoir, en cas de nécessité, servir de salle d'intervention. Elle est équipée en conséquence » [60].

Ces décrets définissent réglementairement trois types de maternité :

- Type I : obstétrique seule
- Type II a : obstétrique et néonatalogie
- Type IIb : obstétrique, néonatalogie et soins intensifs de néonatalogie
- Type III : obstétrique, néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatale

Les prises en charges sont effectuées selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. Ces dispositions sont complétées par les Plans Périnatalité au fil des années. La MFME est une maternité de plus de 1200 accouchements et dispose de services pédiatriques adaptés à des prises en charge pédiatrique de pointe ; elle est classée maternité de type 3.

Le décret du 14 Mars 1996 est un accord tripartite relatif à l'hospitalisation à temps partiel médecine – obstétrique. Il stipule que « le champ d'application de l'accord tripartite " Hospitalisation à temps partiel en médecine et en obstétrique " concerne les structures alternatives autorisées à ces titres pour réaliser des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels ou une surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge de pathologies médicales, à l'exclusion de tout acte chirurgical » [61]. La création d'un hôpital de jour obstétrique à la MFME s'inscrit pleinement dans les critères de la loi et ces derniers seront respectés lors de la mise en place.

Avant de mener un changement organisationnel ou de créer une nouvelle organisation, il est essentiel de connaître les différentes dimensions qui composent une organisation. Je vais vous expliquer ces trois dimensions dont l'analyse est nécessaire avant tout choix d'un mode d'action.

3 Les différentes dimensions d'une organisation

Un établissement de santé compte beaucoup de professionnels différents qui ont une réflexion personnelle sur la gestion du budget et non collective. Chacun veut se placer au premier rang et avoir la prééminence ; par exemple, les gynécologues obstétriciens, du fait de leurs activités au sein de la structure, veulent récupérer un budget conséquent ce qui peut mettre à défaut la pédiatrie. Selon le code de santé publique, les professions de santé se répartissent en trois branches qui sont les professions médicales, les professions de la pharmacie et de la physique médicale et les professions d'auxiliaires médicaux. Les catégories socioprofessionnelles, telles que les psychologues et les assistantes sociales font aussi partie du personnel des établissements de santé. Il est très difficile de coordonner les individus.

La multiplicité des professionnels est par moment la cause de conception différente de la santé, du patient et du travail. Par exemple, un soin en obstétrique est différent d'un soin en chirurgie vasculaire ; la culture soignante est différente. La culture est ancrée dans des pratiques de travail et elle peut être un obstacle que l'on peut rencontrer fréquemment. Selon G. HOFSTEDE¹⁴, la culture est la programmation collective de l'esprit humain qui permet de distinguer les membres d'une catégorie d'hommes par rapport à une autre [58].

Une organisation est constituée de trois dimensions qui sont : la dimension fonctionnelle, la dimension culturelle et la dimension politique [58].

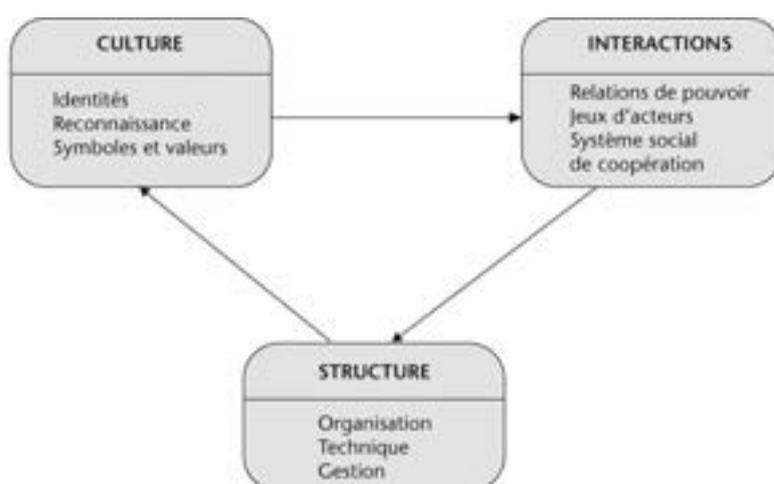


Figure 18 Les composantes de l'organisation selon les travaux de Sainsaulieu, 1996 sources CAIRN

¹⁴ Hofstede G. est un psychologue néerlandais, spécialisé dans la psychologie sociale. Il a été professeur d'anthropologie et de gestion.

Il est important d'analyser ces trois dimensions afin d'en déduire un mode d'action. Comme nous l'a enseigné Mr DUMOND dans l'ECUE 5.2 Transformer les organisations de santé, la conduite d'un changement organisationnel ne peut se faire sans avoir fait ces analyses préalables [58]. Car, les trois dimensions évoluent en des temporalités radicalement différentes, ce qui implique des difficultés à les coordonner. C'est pour cela qu'une analyse de ces dimensions empreintes d'un temps de scénarios d'organisation, d'un temps des tactiques et d'un temps des conversions est cruciale. Une étude nécessaire afin de faire face aux conflits qui accompagne la plupart des transformations et de faciliter les conversions d'une attitude ou de comportement à un autre.

3.1 La dimension fonctionnelle

La MFME, est un établissement de santé qui est traversé par des flux de patientes qui peuvent provoquer des mises en tension des services. Dans l'ECUE 5.2 Transformer les organisations de santé, Mr DUMOND nous a présenté la théorie de contingence qui révèle la bureaucratie professionnelle des organisations de santé [58]. Cette théorie démontre qu'une organisation est amenée à évoluer dans sa structure ; l'organisation n'est pas figée, elle évolue selon son environnement. L'efficacité d'une organisation est le résultat du lien entre les facteurs de contingence et la configuration des organisations. L'architecture fonctionnelle d'une organisation « peut être considérée comme un système composé de processus et de ressources qui sont agencées en fonction de paramètres de conception ». Une configuration organisationnelle est un modèle d'organisation dont les paramètres de conception sont cohérents entre eux.

L'analyse d'une organisation par processus offre la possibilité de s'orienter vers la valeur ajoutée des tâches effectuées ou le service rendu à l'organisation. La valeur ajoutée est la différence entre les extrants et intrants.

Selon norme ISO 9000 : 2000¹⁵, le processus est un « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie » [62]. Le processus est une succession de tâches qui apportent une valeur ajoutée.

L'analyse des processus a pour objectif de définir les compétences requises pour la mise en place des processus choisis. Une fois, les compétences ciblées, les paramètres de conception auront pour but d'articuler les ressources nécessaires ; ils sont cruciaux pour construire une nouvelle organisation. H. MINTZBERG¹⁶ décrit ces paramètres dans « The Structuring of Organizations: A Synthesis of Research » (1979/1982) [58].

L'un des principaux paramètres de conception est le contrôle ; le mode de contrôle est décisif. W. OUCHI¹⁷ expose deux formes de contrôle qui constituent les deux pôles de système de contrôle organisationnel : la contractualisation et la socialisation [58].

Les frontières d'une organisation constituent l'un des paramètres de conception. Le choix entre l'internalisation ou l'externalisation se fait progressivement car les positionnements peuvent évoluer [58]. O. WILLIAMSON¹⁸ décrit l'internalisation et l'externalisation dans le secteur de la santé en prenant comme exemple les coûts de transaction, d'un point de vue gestionnaire [58].

L'analyse de la dimension fonctionnelle de mon projet est faite dans le but de définir une nouvelle organisation pertinente.

¹⁵ ISO 9000 : 2000, la présente Norme Internationale décrit les principes essentiels des systèmes de management de la qualité, objet de la famille des normes ISO 9000 et en définit les termes associés.

¹⁶ MINTZBERG H. est un universitaire canadien en sciences de gestion, auteur politique d'ouvrages de management sur l'emploi du temps des cadres dirigeants, l'efficacité managériale, la structure des organisations, le pouvoir, la planification stratégique.

¹⁷ OUCHI W. est un professeur et auteur américain dans le domaine du management. Il a étudié les différences entre les entreprises japonaises et américaines, dans leur management.

¹⁸ WILLIAMSON O. est un spécialiste de l'économie des organisations et l'un des fondateurs de la théorie néo-institutionnaliste.

Cette nouvelle organisation est définie en six points : le processus, les ressources, les paramètres de conception : le mode de contrôle, internalisation, division horizontale, division verticale.

J'ai commencé par l'état des lieux à la MFME, il n'existe pas d'hôpital de jour obstétrique et je me suis projetée à « comment ce sera demain ? », un hôpital de jour obstétrical sera créé.

Je vous présente mon analyse et mes propositions d'amélioration de la dimension fonctionnelle sous forme de tableau afin d'être synthétique.

| CRÉATION D'UN HÔPITAL DE JOUR |
|--|
| CARACTÉRISTIQUES |
| <p>Prise en charge hebdomadaire hospitalière de certaines patientes.</p> <p>Patientes cibles : Grossesse gémellaire - RCIU vasculaire - diabète insuliné (terme ≤ 36SA) - cholestase (terme ≤ 40 SA) - terme (surveillance à partir de 41SA) - grossesse de découverte tardive) - grossesse mal suivie - diabète gestationnel sous régime –patiente atteinte de drépanocytose - cure de Ferinject® - rupture prématurée des membranes prolongée - patiente sans couverture sociale (non éligible à une surveillance libérale) - PE modérée- Grossesse à haut risque</p> <p>Prise en charge de six patientes par jour sur 220 journées soit une file active de 1320 patientes par année.</p> <p>Prise en charge du lundi au vendredi.</p> |
| PROCESSUS |
| <ul style="list-style-type: none"> - Structure ambulatoire - Organisation spécifique - Surveillance en milieu hospitalier (soins et examens) non réalisables dans le cadre de soins externes - Tarification dès 3 interventions - Prise en charge par équipe multidisciplinaire (1 ETP sage-femme, 1 ETP obstétricien, 1 ETP aide-soignante, 1 ETP assistant médico- administratif, 0.1 endocrinologue, 0.1 néphrologue, 0.4 ETP psychologue, 0.4 ETP diététicienne, 0.4 ETP assistante sociale) |
| MODE DE CONTRÔLE |
| <ul style="list-style-type: none"> - Contractualisation - Nombre de patientes prises en charge - Pathologies prises en charge - Tarification HDJ - Bonne retranscription des actes pour facturations - Rédaction de compte – rendu hospitalier obligatoire - DMS des services d'hospitalisation - Flux aux UGO - Satisfaction des patientes |

| FRONTIÈRE DE L'ORGANISATION |
|--|
| <p>Internalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnels de l'établissement ou recrutés par l'établissement (un obstétricien, une sage-femme, une aide-soignante) - Protocoles de l'établissement - Locaux dédiés (3 box) - Matériels (monitoring, pharmacie, biomédical...) - Prise en charge multidisciplinaire au sein du CHUM (endocrinologue, médecins d'autres spécialités, psychologue, diététicienne, assistante sociale) |
| DIVISION HORIZONTALE |
| <p>Polyvalence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge obstétricale - Actes de soins infirmiers - Coordination intra-hospitalière - Coopération avec les sages - femmes libérales, réseau périnatal |
| DIVISION VERTICALE |
| <p>Gestion par une sage-femme coordinatrice</p> |
| ATTENDUS |
| <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la DMS en hospitalisation - Meilleure tarification des pathologies traitées - Accueil de nouvelles patientes non suivies au préalable à la MFME - Prise en charge en sécurité des patientes - Fluidité du parcours de soins - Diminution des risques - Diminution du flux des patientes aux UGO - Diminution de la mise en tension des services - Amélioration de la satisfaction des patientes - Amélioration de la QVT du personnel soignant - Efficience |

3.2 La dimension culturelle

La dimension culturelle est une composante capitale des organisations [58].

Selon SMIRCICH¹⁹, « la culture organisationnelle peut être conçue comme un ensemble de croyances, valeurs et symboles partagés par un groupe social, dont les interactions façonnent la culture ».

D'un point de vue managérial, les traits culturels influencent directement les paramètres de conception. Une entreprise qui promeut la culture organisationnelle auprès de l'intégralité de ses salariés a pour objectif un ensemble d'attitudes et de comportements socialement encouragés. Dans l'organisation post-fordienne, la culture est transmise sous forme de normes professionnelles partagées [58]. La norme en complément de la règle crée un outil fédérateur très fort. Comme le dit H. MINTZBERG : « la colle entre les différents projets et entre les individus créatifs doit être située dans la force des normes, des valeurs, des attitudes partagées ».

La culture d'entreprise est un objet de préoccupation, elle est l'élément de base du management des organisations que ce soit dans le secteur privé, que dans le secteur public. La gestion de la culture organisationnelle est un facteur clé de la performance.

¹⁹ SMIRCICH L. est professeure de gestion à la Isenberg of Management de l'Université du Massachusetts. Elle élabore des études critiques en gestion et chercheuse critique en culture organisationnelle et genre.

Dans une même organisation, peuvent cohabiter de multiples sous – cultures qui progressent selon la dynamique sociale des sous – groupes qui la constituent. Une organisation est souvent une mosaïque de cultures qu’il faut identifier avant de mener un projet au sein de la structure.

La classification de BOLTANSKI et THEVENOT²⁰ présente l’atout d’identifier des traits culturels et de pouvoir les faire évoluer [58]. Grâce à cette classification, plusieurs mondes ont pu être décrits à l’échelle d’un établissement de santé. Ils sont différents selon les professions et chaque profession tend à se référer et se partager entre deux mondes privilégiés. Les médecins sont entre le monde de l’inspiration et le monde industriel, les soignants sont entre les mondes domestique et industriel, les administratifs entre le monde civique et celui de l’opinion. Sauf que cette dualité crée des tensions au sein de chaque profession, ainsi que des liens entre professionnels.

Afin de faire évoluer la culture organisationnelle, deux voies sont les plus envisageables. En effet, la dimension culturelle est composée de trois concepts : la conception, la valeur et les rituels [58].

Dans le but de travailler la culture organisationnelle, la première voie qui peut être utilisée est celle de transformer les attitudes pour changer les comportements. Dans cette voie, la persuasion est surtout fondée sur l’autorité du dirigeant ou du responsable. Elle suppose de recourir à un grand nombre de procédés qui permettent un changement d’attitude [58].

L’autre alternative possible, est de changer les comportements pour transformer les attitudes. Toutefois, selon BEAUVOIS et JOULE²¹, il est important de ne pas contraindre, de ne pas chercher à persuader les individus mais il faut attiser leur imagination, les impliquer et surtout les laisser libre de choisir [58].

Afin de faire évoluer les trois concepts de la dimension culturelle, la rhétorique ou l’expérience peuvent être utilisés [58].

Mon projet managérial consiste en la création d’un hôpital de jour à la MFME car cette unité n’existe pas dans la seule maternité de type 3 de l’île. Nous pouvons nous questionner sur la conception des rapports thérapeutiques, sur la conception de la santé qui aurait pu expliquer l’inexistence de cette structure au sein du CHUM, au regard de la dimension culturelle.

Quels étaient les positionnement des chefs d’établissement précédents qui ont conduit à l’inexistence de cette unité ? Comment au travers de ce projet, susciter l’intéressement et l’engagement sans contrainte des différents acteurs ?

Dans le cadre de mon projet, il semble important afin de faire évoluer cette dimension culturelle de mener des expériences apprenantes avec les différents acteurs pluridisciplinaires concernés. J’ai donc choisi une démarche pour agir sur la culture dans une organisation.

Ces expériences ont pour but que naissent de nouvelles croyances. Elles constituent des dispositifs aidants dans la transformation de la culture d’une équipe ou d’une organisation. J’attache une grande importance à respecter la liberté de l’individu, son autonomie ; c’est l’expérience qui permettra de le faire évoluer.

La mise en place de réunions pluridisciplinaires avec un représentant de chaque partie prenante est primordiale. Le représentant s’engage personnellement et la pertinence du projet n’en est que plus forte. Le message communiqué par ceux qui ne l’ont pas porté au départ, en est d’autant plus puissant et le changement s’opère. Chaque corps de métier s’imprègne du projet.

²⁰ BOLTANSKI L. est un sociologue français qui a initié avec THEVENOT L., un courant pragmatique, appelé sociologie des régimes d’action. Ils ont rédigé un article intitulé « Comment s’orienter dans le monde social » paru en 2015 dans la revue SOCIOLOGIE vol n°6 p.5 à 30

²¹ JOULE R-V ET BEAUVOIS J-L sont des chercheurs en psychologie sociale et professeurs des Universités. Ils ont rédigé ensemble « Soumission et idéologies » en 1981, « La soumission librement consentie (1998) aux presses universitaires de France.

Le benchmarking peut être fait dans d'autres établissements afin d'appuyer la démarche. Les échanges entre pairs sont bénéfiques puisqu'il y a une relation de confiance qui s'instaure entre eux.

Suite à l'analyse de la dimension culturelle, je vous présente la dimension politique de la transformation des organisations.

3.3 La dimension politique

La vie des organisations en termes de dimension politique reste très ambiguë voire taboue car elle est liée au pouvoir. La définition du pouvoir du politiste américain R. DAHL²² est une référence « *Le pouvoir de A sur B est la capacité de A d'obtenir de B qu'il fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans A* » [58]. Elle met en avant le caractère interactionniste en s'appuyant sur la dimension relationnelle associée à la notion de pouvoir. Ainsi, le pouvoir est vu comme une source d'action. Les travaux de M. CROZIER²³, dévoilent que le pouvoir n'est pas recherché par ambition personnelle ou par « soif de pouvoir », mais parce que les individus qui composent une organisation sont interdépendants même si leurs intérêts, leurs projets et leurs préférences divergent [58]. L'organisation est un patchwork d'objectifs individuels divers, particuliers et antagonistes.

La transformation d'une organisation est la plupart du temps empreinte de rapports de force entre les individus. Mais comment faire évoluer ces rapports de force en une adhésion de la majorité ? Comment se construisent les compromis que suppose l'action collective ?

Trois pistes peuvent être explorées : « diviser pour régner », négocier ou passer en force [58]. Je n'ai pas choisi le passage en force dans le but d'éviter un conflit social dans le cas de mon projet. Les deux autres voies me semblent plus adaptées.

Toutefois, mon choix se porte sur la négociation avec les différents acteurs au vu de la culture soignante propre à chacun. En ce sens, les objectifs du projet sont présentés aux partenaires comme un atout. La création de l'unité HDJ leur permettra d'accroître leurs marges de manœuvre selon leurs compétences, d'exercer leurs influences sur le parcours patient, de renforcer leurs satisfactions dans leurs prises en charge.

Cette analyse des trois dimensions de mon projet m'a conduite à créer mon dialogue organisationnel.

Suite à l'élaboration de mon dialogue organisationnel, je me suis positionnée en tant que sage-femme coordonnateur ou cadre supérieur de santé dont je vais vous présenter maintenant la nature des activités au niveau managérial.

4 Le cadre supérieur de santé ou de la sage -femme coordonnateur

4.1 Définition

Selon le référentiel d'activités et de compétences, le cadre supérieur de santé ou la sage – femme coordonnateur est défini comme un niveau d'encadrement intermédiaire entre le niveau stratégique et le niveau de proximité [63]. Il a pour rôle de mesurer les enjeux de santé à venir pour faire évoluer les organisations de soins vers des outils innovants de coordination, gradation, de proximité et de transversalité tout en respectant les besoins des usagers. Les fonctions du cadre supérieur sont guidées par une vision stratégique, son positionnement est

²² DAHL R. est un professeur émérite de sciences politiques à l'Université de Yale et ancien président de l'American Political Science Association.

²³ CROZIER M. est un sociologue français qui est le principal concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations.

porté par ses valeurs. La conduite de projet dans la transformation organisationnelle est portée par son leadership.

4.2 Le rôle stratégique du cadre supérieur de santé ou de la sage – femme

Dans son rôle de manager le CSS (ou de la sage-femme coordonnateur) incarne le management stratégique de son établissement et il prend des décisions d'envergure. Dans son rôle stratégique, il partage sa vision dans l'élaboration du projet de pôle en lien avec le projet d'établissement. D'après P. BOURRET²⁴ (2017), « *l'objectif du CSS (ou de la sage-femme coordonnateur) est de concilier la sphère de la gestion, de la prescription et celle du travail réel* » [64]. Les fonctions du CSS (ou de la sage-femme coordonnateur) le conduisent à rationaliser les moyens afin de saisir des opportunités d'amélioration. Sa fonction transversale lui confère d'être un promoteur force de proposition. Il crée un environnement capacitant dans les conduites de projet qui favorisent l'émergence de propositions. Il est porteur de changement organisationnel en prenant en compte les dimensions culturelles et politiques de l'établissement. Il guide l'action collective ; il est le chef de projet.

Selon C. TCHENG²⁵ en séquence pédagogique « Les fondations de la stratégie » dans l'ECUE 6.1 Management Stratégique, l'optimisation, la promotion et les prises de décision ne peuvent se faire sans stratégie c'est -à-dire sans vision à long terme portée par des valeurs donnant du sens aux actions [65].

Le CSS ou la sage – femme coordonnateur pilote des projets. Le CSS ou la SF coordonnateur coordonne ses actions afin d'aboutir à un objectif, de créer de la valeur au travail de ses collaborateurs. Afin d'effectuer cette mission, il doit faire preuve d'engagement, d'agilité, de la connaissance de ses missions et de celles de son établissement.

Selon C. TCHENG, la stratégie du CSS (ou de la sage -femme coordonnateur) est l'image des valeurs qu'il porte [65]. Ses valeurs vont lui permettre de fédérer les collaborateurs, d'obtenir l'adhésion aux projets et améliorer la collaboration.

Selon G. DESLANDE²⁶, un manager donne l'exemple et fait preuve d'écoute et lorsqu'il prend des décisions, il se demande quelle est la bonne chose à faire [66]. Le CSS ou la SF coordonnateur doit donc faire preuve d'un comportement éthique et grâce à cette éthique managériale, il se comporte comme un leader au service du collectif.

Lors de la séquence pédagogique « Affirmer son leadership » dans l'ECUE 7.1 : Transformer les relations humaines et sociales avec Madame M.J ESTEVE et Monsieur P.FARNAULT, l'une des cinq capacités principales et essentielles du CSS (ou de la SF coordonnateur) est son positionnement stratégique et dans la stratégie de l'établissement dans l'accompagnement du changement ainsi qu'au changement [67]. Il doit dégager une image d'un « cadre posé » et avoir une assise managériale au regard de la direction mais aussi de ses collaborateurs.

Le CSS ou la SF coordonnateur a une posture qui favorise la conduite de projet dans la transformation organisationnelle ; cette posture est son leadership.

4.3 Le leadership du CSS ou de la SF coordonnateur dans la conduite de projet

Dans la séquence pédagogique « Affirmer son leadership » dans l'ECUE 7.1 : Transformer les relations humaines et sociales avec Madame M. J. ESTEVE et Monsieur P. FARNAULT, nous avons abordé la nécessité pour le CCS ou la SF coordonnateur de passer d'une logique de service à une logique de projet dans ses liaisons hiérarchiques avec la direction [67]. Il est

²⁴ BOURRET P. est infirmière, docteur en sociologie.

²⁵ TCHENG C. est directeur d'hôpital et Maître de Conférence associé Université Paris-Est.

²⁶ G. DESLANDE est un philosophe français et travaille comme analyste en marketing puis comme consultant en gestion de projets.

important d'avoir les capacités de mener et conduire un ou des projets, travailler avec des partenaires en tenant compte du parcours patient. Il faut aussi être en mesure de modifier des organisations en place

Le CSS (ou la SF coordonnateur) est amené à adopter une posture, un leadership adapté aux différentes situations qu'il peut rencontrer. Plusieurs facteurs, structurels, législatifs ou culturels peuvent orienter ses choix stratégiques et lui permettre d'influencer l'opinion, l'acceptation, l'adhésion des différentes parties prenantes autour de ses champs d'action. La posture du CSS (ou de la SF coordonnateur) est primordiale.

Lors de la séquence pédagogique avec Mme M.J ESTEVE et Mr P. FARNAULT, la notion de leadership a été définie [67]. Le leadership est une énergie sociale qui résonne dans un collectif. C'est la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs.

Selon B. BENQUE²⁷, le CSS (ou la sage-femme coordonnateur) doit avoir trois postures distinctes et complémentaires [68]:

- Celle de leader qui ose, qui émet un discours positif et celle qui favorise la dynamique de groupe.
- Celle du coach qui fait preuve d'écoute et d'empathie auprès de ses collaborateurs.
- Celle de pilote par laquelle les actions sont cadrées, le positionnement des acteurs formalisé et les projets conduits selon une approche pragmatique globale.

PARTIE 2. LE PROJET

1 La méthodologie

Avant de vous présenter ma méthodologie, il me semble essentiel de définir les différentes notions attendantes au projet et ce qu'est un projet.

La norme ISO 10006²⁸ définit le projet comme « *un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources* » [69]. Cette définition est retenue par l'AFNOR.

R.K. WYSOCKI²⁹ le définit comme « *Une séquence d'activités uniques, complexes et connectées, avec pour but d'atteindre un objectif. Ceci devant être réalisé à l'intérieur d'un cadre temporel, d'un budget et en respect de spécifications* » [70].

O. POLLONI³⁰ définit le projet comme « *une articulation de ressources humaines, intellectuelles et matérielles agencées dans une organisation temporaire, dans le but d'atteindre un objectif caractérisé par un coût, un délai et des performances* » [71].

H. MARCHAT³¹ présente le projet comme « *une façon qui repose sur une grande anticipation de traiter un problème. Il faut imaginer l'histoire du projet avant qu'elle n'arrive sous la forme de scénario. Un projet est déclenché par une commande passée au début du projet ; un projet est borné par des objectifs qui imposent des contraintes de réalisation au projet. Il consiste à fabriquer un produit qui satisfera le besoin du commanditaire. L'organisation des*

²⁷ B. BENQUE est cadre de proximité et journaliste communiquant dans le secteur de la santé.

²⁸ La norme ISO 10006 donne des lignes directrices dans le cadre du management de la qualité.

²⁹ R.K. WYSOCKI est le président d'une société de conseil, spécialisée dans la formation en gestion de projet.

³⁰ O. POLLONI est manager, chef de projet et responsable du pilotage opérationnel d'une prestation d'infogérance ; diplômé de l'Institut National Polytechnique de Grenoble.

³¹ H. MARCHAT est fondateur de cabinets de formation et de conseil spécialisés en conduite de projets.

ressources nécessaires est nécessaire à la fabrication du produit. Les ressources d'un projet sont humaines, financières, matérielles, temporelles, etc. Un projet est un ensemble fini » [72].

Dans toutes les définitions du projet présentées précédemment, la notion d'objectif est citée. Il semble nécessaire de la préciser.

L'objectif est défini par l'ISO 9001³² : 2015 ainsi : « une norme qui établit les exigences relatives à un système de management de la qualité. Elle permet de réduire les coûts de production, améliorer les pratiques d'achats, se préoccuper du bien-être de ses salariés, mais aussi écouter et répondre aux parties intéressées externes [73] ».

Afin de mener un projet, il est important d'avoir clairement choisi au préalable des objectifs idéaux autrement appelés objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel) et qui permettront de mieux définir des indicateurs [74].

Selon H. MARCHAT un objectif est « une contrainte qui est « imposée » par le commanditaire au système projet afin qu'il se réalise dans un cadre » [72]. Un projet comporte trois niveaux d'objectifs : les objectifs de qualité (liés aux performances), les objectifs de temps (liés au calendrier) et les objectifs de coût (liés au coût des ressources nécessaires). Les organisations doivent planifier, organiser, contrôler et se diriger afin de réaliser un objectif. Pour atteindre leurs buts, elles utilisent la gestion de la performance organisationnelle.

La gestion de la performance organisationnelle (GPO) est la façon dont l'organisation planifie, organise, contrôle et se dirige afin de réaliser un objectif, la mise en œuvre d'une stratégie ou de l'accomplissement d'un travail ou d'une activité. Cette gestion s'appuie sur le triangle de la performance de Gibert³³ (1980) qui décrit la performance dans une relation ternaire entre les objectifs visés, les moyens pour les réaliser (les ressources humaines, matérielles, financières ou informationnelles) et les résultats obtenus (biens, produits, services, etc). La mesure de la performance est alors réalisée sur trois axes : la pertinence, l'efficacité et l'efficacéité [75].



Figure 19 Triangle de performance de Gibert

Afin que le projet puisse être mené, le commanditaire désigne un chef de projet. Le chef de projet est celui qui va s'engager à organiser et fédérer les ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles...) pour atteindre les objectifs [72]. Il existe un engagement envers le commanditaire et un état des lieux doit lui être fait périodiquement. Le chef de projet joue le rôle de coordonnateur.

Une fois, ces notions précisées, la méthodologie que j'ai choisie est celle d'Hugues MARCHAT. Cette méthode comporte trois phases et est autrement appelée la méthode des **3 P** : **Préparer-Piloter-Progresser** [72].

³² ISO 9001 définit les critères applicables à un système de management de la qualité.

³³ Le triangle de la performance de Gibert illustre la performance multidimensionnelle d'une entreprise. La performance est au centre du triangle « Objectifs, Résultats, Moyens ».

1.1 La phase préparatoire

1.1.1 La commande

La commande est formulée au préalable lors d'un entretien individuel avec la Directrice des Affaires Générales de l'établissement. La commande s'inscrit dans le projet d'établissement du CHUM et plus précisément dans le projet du Pôle Femme, Mère et Enfant. J'accepte lors de cette entrevue d'être le chef de projet. Puis, la commande est confirmée à l'écrit sous forme d'une lettre de mission signée par le Directeur Général du CHUM que vous trouverez en annexe.

La commande reçue est la création d'un hôpital de jour d'obstétrique. La date de début du projet est janvier 2023 et la date de fin prévue Janvier 2024.

1.1.2 La note de cadrage

Afin de passer de la commande en projet, je définis des objectifs afin d'obtenir la validation de mon commanditaire. Le document créé est la note de cadrage du projet, vous la trouverez en annexe. Elle sert aussi de document de communication avec les parties prenantes du projet.

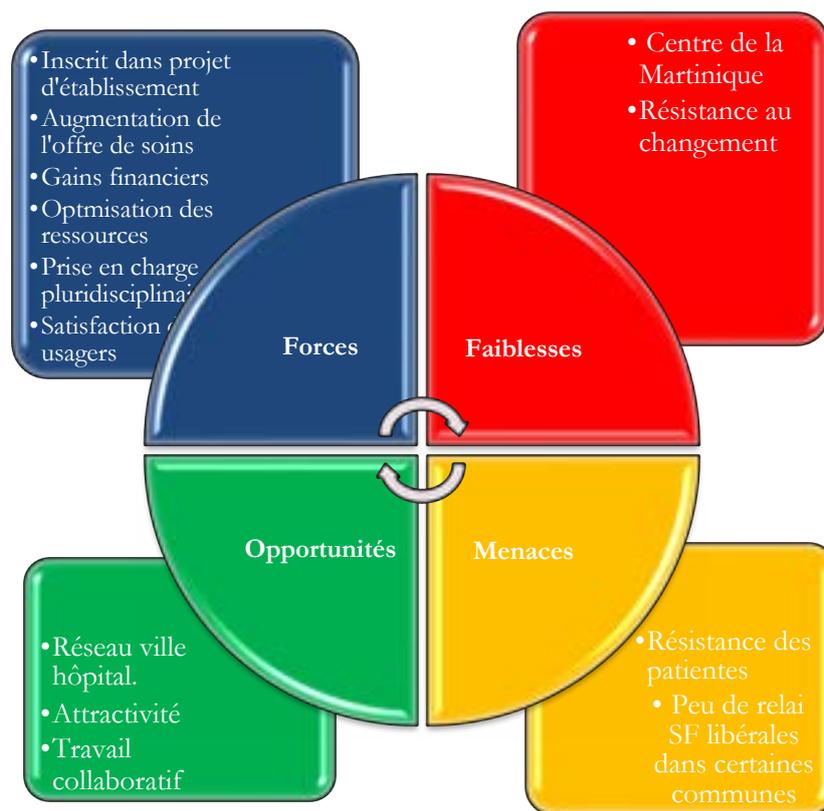
L'objectif principal du projet est la création d'un hôpital de jour d'obstétrique. Il permettra la prise en charge des grossesses pathologiques en structure ambulatoire dans la seule maternité de type 3 de Martinique.

L'hôpital de jour est un mode d'hospitalisation à temps partiel. C'est une hospitalisation qui dure moins de 24 heures et pendant laquelle une prise en charge pluridisciplinaire des patientes sera assurée. Différents professionnels de santé collaboreront dans le but d'assurer un parcours santé optimal aux patientes.

L'objectif secondaire est de réactiver la collaboration avec les réseaux de ville tels que les sages – femmes libérales, le réseau périnatal, les obstétriciens libéraux, les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) dans le but d'une meilleure orientation des patientes, diminuer la rupture des parcours de soins et recréer une pensée collective.

Les objectifs opérationnels définissent les actions que j'ai mises en place avec les différentes parties prenantes. Plusieurs groupes de travail ont été créés avec des représentants des acteurs principaux. Un groupe de travail est défini par H. MARCHAT comme *une organisation qui permet d'effectuer une production intellectuelle sur un sujet donné en associant plusieurs acteurs* [72]. Dans le cas de mon projet managérial, les objectifs opérationnels ciblent les différents acteurs qui auront en charge les patientes dans les domaines suivants : médical, psychologique, diététique et socio-éducatif.

Je poursuis mon analyse par la création d'un SWOT [76]. Cet outil m'aide à identifier les forces et les faiblesses de mon projet. Il me permet d'appréhender le contexte en fonction des facteurs internes et externes environnementaux.



Suite à mon SWOT, j'effectue une macro-planification sous forme de GANTT [72] que vous retrouverez en annexe.

La construction du planning sous forme de GANTT me permet de lister les acteurs et leurs rôles avec précision. Le GANTT contribue aussi à évaluer la charge de travail individuel et globale. De plus grâce à cet outil, les principales phases nécessaires à la réalisation du projet sont identifiées et servent de repères importants dans la temporalité du projet.

Une fois que le GANTT créé, je construis un plan de communication qui indique toutes les actions de communication nécessaires au projet d'analyse [72]. Mais au préalable, il me semble opportun de préciser cette notion qui constitue un levier de changement organisationnel.

Dans le cadre de mon projet managérial, la méthodologie la mieux adaptée dans la conduite du changement est celle de D. AUTISSIER³⁴ et J.M. MOUTOT³⁵. Nous avons étudié cette méthodologie dans l'ECUE 7.1 Transformer les relations humaines et sociales-Management des Ressources Humaines enseigné par Mr MARCHAND X [77]. Cette méthodologie, s'appuie sur trois leviers de changement qui détiennent chacun trois degrés

³⁴ D. AUTISSIER est maître de conférences à l'Institut d'Administration des Entreprises Paris Est de l'Université Paris Est Créteil et Directeur de la Chaire Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciale du changement et de la Chaire Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciale Innovation Managériale et Excellence Opérationnelle

³⁵ J.M. MOUTOT est expert en management et en conduite du changement, conférencier et professeur.

de changement. Elle permet de respecter les neuf étapes de la conduite du changement. Selon les auteurs P. COLLERETTE³⁶, G. DELISLE³⁷ et R. PERRON³⁸ dans « Le changement organisationnel. Théorie et pratique » publié en 1997, le changement organisationnel s'accompagne de craintes, d'appréhensions, d'hostilité, de polarisation, de conflits ou d'impatience [78]. Il apparaît important de mettre en place une méthodologie adaptée afin de faire face à la résistance au changement.



Figure 20 Méthodologie AUTISSIER et MOUTOT, source Marchand ECUE 7.1 Transformer les relations humaines et sociales

Le premier levier de la méthodologie est le **levier de la communication** [77].

La communication est définie par le dictionnaire LAROUSSE comme une « *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse : Le langage, le téléphone sont des moyens de communication* » [79]. Elle est définie dans le dictionnaire de neuf autres façons ; cela laisse transparaître la pluralité de cette notion. La communication est souvent réduite à des questions de qualité et de quantité d'informations transmises ou à des préoccupations de mise en forme et de présentation afin de rendre l'information attrayante. Or, la réalité est bien plus complexe que cela car la communication revêt un caractère polymorphe que l'on retrouve dans la pluralité de ses définitions. La communication est un processus continu d'ajustement entre des personnes qui interagissent. Elle a pour fonction principale d'établir et d'ajuster une relation pour la faire évoluer dans le sens désiré des acteurs. Il existe alors un jeu d'ajustement entre les parties prenantes ; ceci permet d'illustrer le fait qu'au-delà du contenu de la communication, d'autres enjeux le surclassent. En effet, lors d'une étude auprès de 89 promoteurs de changement, Lewis rapporte que les problèmes de communication représentent l'aspect le plus souvent cité comme difficultés retrouvées lors de l'implantation [80]. D'ailleurs, P. COLLERETTE, P. LEGRIS et M. MANGHI dans « La gestion du changement stratégique » en 2006, explique que c'est par la communication que va s'établir et se vivre la relation entre les porteurs du changement et les destinataires [81]. Or si ce levier présente des insuffisances, on ne peut attendre que la relation soit collaborative.

Concernant mon plan de communication, j'utilise dans un premier temps, un support passif. Il est vrai que cette action est la moins efficace dans la conduite du changement.

³⁶ P. COLLERETTE est professeur honoraire de l'Université du Québec et effectue des recherches sur la gestion du changement.

³⁷ G. DELISLE est directeur de la formation clinique du centre d'intégration gestaltiste.

³⁸ R. PERRON est professeur associé à la Faculté de droit et diplomate à l'Université de Sherbrooke

Je l'utilise tout de même ; j'informe par mails les différents acteurs identifiés du projet managérial (les gynéco-obstétriciens, la sage -femme coordinatrice du réseau de santé périnatale, les sages - femmes coordinatrices responsables d'unités, la sage-femme coordonnatrice, la cadre supérieure socio-éducative, le cadre supérieur des psychologues, la diététicienne du projet).

Puis, suite à ces différents mails, je passe à un degré supérieur du levier de communication qui est le support interactif. En effet, je questionne les obstétriciens de la MFME par sondage sur la nécessité de la mise en place d'un hôpital de jour au sein de la maternité. A la suite de cela, je contacte la sage -femme coordinatrice responsable du réseau de santé périnatale afin d'avoir un échange interactif avec elle. Lors de cet entretien, je sollicite auprès d'elle, l'accessibilité aux données du réseau afin de communiquer un questionnaire à l'attention des sages – femmes libérales. Elle accepte de mettre à disposition les données et un questionnaire est distribué aux sages – femmes concernées. Ces deux questionnaires constituent une enquête prospective dans le but de faire un état des lieux et réalisés à l'aide de google form. Ils contiennent des questions ouvertes, d'autres fermées et une dernière sous forme libre qui sollicitent des pistes de suggestions d'amélioration. Le questionnaire, instrument de collecte des informations, dresse l'état des lieux à un moment précis dans le temps.

Enfin, à la suite de ces questionnaires, je fais la promotion du projet. Cette étape dans la méthodologie de D. AUTISSIER et J.M. MOUTOT s'intitule la promotion par personne de référence [77].

Je présente alors le projet aux différentes parties prenantes durant le mois de Novembre 2022, lors de réunions d'informations afin d'effectuer une communication professionnelle sur le projet. J'effectue une réunion d'informations pour chaque partie prenante afin de respecter la spécificité de chacun. Durant ces réunions, une communication au même niveau est possible et je suis en mesure de répondre aux interrogations des acteurs de manière collective.

Mais, quels sont ces acteurs, maillons de cette chaîne, si importants dans ce projet ?

1.1.3 *Les acteurs et leurs compétences*

Suite au plan de communication, les acteurs se réunissent en groupe de travail. Cinq groupes de travail sont constitués à cette étape. A cette phase du projet, j'aborde le second levier de la méthodologie de D. AUTISSIER et J.M. MOUTOT qui est **le levier de la formation** [77].

Ce levier représente le développement de la compétence au sens large afin d'accompagner le projet. Dans l'ouvrage « Revolution du management des ressources humaines- Des compétences aux capacités » de S. FERNAGU OUDET³⁹ et de C. BATAL⁴⁰, l'approche par les capacités de Sen permet de porter un regard sur ce que les individus sont capables de réaliser au regard des ressources qui sont à leur disposition et de leur conversion en capacités. L'approche par les capacités est un moyen d'analyser les systèmes d'opportunités et de contraintes qui pèsent sur les individus lorsqu'ils agissent et se développent [82].

En effet à cette étape du projet, qui correspond au niveau technique du levier de formation, la hiérarchisation des fonctions est nécessaire. Durant le stade technique qui constitue le premier stade de ce levier, les règles de fonctionnement sont expliquées et les compétences nécessaires à l'élaboration des résultats sont recensées afin d'identifier les besoins futurs pour la mise en place du projet ; le périmètre de réflexion est défini.

³⁹ S. FERNAGU OUDET est docteur en sciences de l'Education.

⁴⁰ C. BATAL est directeur associé d'Interface-Etudes et formation.

Les gynéco – obstétriciens

Les gynéco-obstétriciens sont des médecins spécialistes de la physiologie de la femme. Ils interviennent dans les domaines de la contraception, la grossesse, la fertilité ou encore le dépistage de certains cancers [83].

Dans le cadre de la création d'un hôpital de jour, un groupe de cinq obstétriciens se réunit afin de travailler sur le projet.

Les sages – femmes libérales

Afin d'améliorer le parcours patient des gestantes martiniquaises et la coordination des acteurs ce qui correspond à l'objectif secondaire du projet, l'un des professionnels concernés est la sage – femmes libérale. La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Selon les articles L4151-1 à L4151-10 du Code de Santé Publique, les sages – femmes peuvent assurer le suivi des patientes ayant une grossesse physiologique et pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques [84].

Le groupe de travail se réunit au sein des locaux du Réseau Santé Périnatal Matnik. Ce groupe composé de la sage – femme coordinatrice du réseau et de 2 sages – femmes volontaires du centre, du sud et du nord de l'île.

Les psychologues

Selon le référentiel métier de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier, le psychologue est un professionnel qui conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité [85].

La place du psychologue dans le suivi de grossesse prend une part de plus en plus importante.

Il est prouvé qu'un soutien social et affectif continu tout au long de la période anténatal peut avoir des conséquences positives tant pour la femme que pour le fœtus. Durant cette période, de nombreuses femmes ont besoin d'un soutien aussi bien physique qu'émotionnel de la part des professionnels de santé. Dans le cas de l'hôpital de jour qui accueillera des patientes ayant des facteurs médicaux mais aussi psycho-sociaux, l'intervention de ces acteurs et leurs compétences sont d'une importance majeure.

Les diététiciennes

La diététicienne élabore le bilan diététique et réalise le suivi nutritionnel des patientes selon la prescription médicale ou la demande individuelle. Elle peut aussi avoir un rôle conseil et d'information. C'est une profession paramédicale. En période anténatale, elle peut prodiguer des conseils qui auront un impact positif pour la patiente et son fœtus [86].

Certaines patientes ciblées en HDJ d'obstétrique sont des patientes atteintes de diabète, de prééclampsie. Elles doivent respecter une hygiène alimentaire qui leur sera expliquée par ces professionnelles qui ont les compétences requises pour effectuer cette mission.

Les assistants de service social

L'assistant de service social est un professionnel du travail social. Il exerce dans le cadre d'un mandat et de missions institutionnelles. Il conduit des interventions sociales, individuelles ou collectives, en vue d'améliorer par une approche globale et d'accompagnement social les conditions de vie des personnes et des familles [87].

Nous avons vu précédemment que les facteurs de risque psychosociaux sont un des vecteurs d'influence. En effet, en Martinique de nombreuses patientes sont en situation de précarité. De plus, il existe une migration intra-caribéenne qui est assez représentative. Les patientes concernées nécessitent une prise en charge sociale qui ne peut être assurée que par les assistants de service social qui connaissent grâce à leur formation les procédures à suivre.

Tous ces professionnels prennent part à cette transformation organisationnelle mais comment s'organisent – ils afin de proposer leurs plans d'actions ?

1.1.4 *Les actions définies par les acteurs*

Avant de faire des actions, il est primordial que les différents acteurs poursuivent la méthodologie de D. AUTISSIER et J.M. MOUTOT au sein des groupes de travail [77].

La seconde étape, du **levier de formation**, concerne la méthodologie durant laquelle les groupes de travail élaborent un plan d'action [77]. Au cours de ce travail, un brainstorming d'idées est réalisé afin de cibler les actions à mettre en place pour atteindre les objectifs. Suite à ce brainstorming, il y a une synthèse des solutions proposées puis un tri est effectué en fonction de la pertinence dans le projet. Un benchmarking des actions à entreprendre est lister.

La troisième étape du levier est la théorie. A ce niveau, les échanges des groupes de travail sont mis sous forme de synthèse, sous forme de document de prise de décision. Ces documents sont validés à chaque réunion par des comptes-rendus.

La conduite du changement intègre les pratiques d'accompagnement comme le levier du changement. Je vous présente donc maintenant le dernier levier de la méthodologie suivie : **le levier de l'accompagnement** [77]. Selon Paul dans « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique » publié en 2004 : « *L'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies. Ainsi, la notion d'accompagnement fédère un ensemble de pratiques qui lui sont co-existantes : counseling, coaching, mentoring, tutorat, parrainage, compagnonnage* » [88]. L'accompagnement s'est développé dans un contexte de ruptures sociales et de transitions professionnelles. Il s'appuie sur des valeurs humanistes et nécessite de la part du professionnel, une capacité à combiner des savoirs issus de pratiques diverses, lui permettant de s'adapter aux situations nouvelles et évolutives. » L'accompagnement est au service des impératifs de l'organisation. Il pourvoit à l'adhésion des acteurs et est un soutien à la mise en œuvre des modifications qui inscrivent le changement.

L'analyse d'impact du projet a pour but d'identifier les impacts sur le plan organisationnel et opérationnel. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009 porte l'ambition de décloisonner l'action des acteurs [14] et elle est renforcée par la loi de modernisation de 2016 [30]. La création d'un hôpital de jour au sein de la MFME a pour but de fluidifier le parcours des patientes ayant des grossesses à risques. Ceci illustre l'impact auprès des patientes, mais ce projet compte aussi des impacts organisationnels notamment la diminution du flux entrant des urgences gynéco-obstétricales, une réduction de la durée moyenne de séjour, la réactivation de la collaboration ville-hôpital qui sont quelques exemples parmi.

L'appropriation est synonyme d'adhésion au changement ; d'adhésion à la dynamique du projet. Dans les groupes de travail, les représentants qui se sont engagés, sont actifs et initient déjà des mesures concrètes auprès de leurs pairs. Ils deviennent porteurs des prémices du projet.

AUTISSIER D. dans « Les stratégies du changement » publié en 2012, dit que « *le changement coconstruit apparaît comme un processus impliquant de façon collective l'ensemble des acteurs* » [89].

D'où la nécessité des groupes de travail qui favorise conflit et débat constructifs. Le changement devient alors une réalité collective. Les groupes de travail sont fondamentaux car le changement qui s'opère à la suite d'une construction collective ne se produit que quand les individus deviennent conscients de l'ensemble des histoires les concernant et comprennent leur rôle dans la création de schémas improductifs d'interaction.

Dans le cadre du projet, cinq groupes de travail élaborent chacun des plans d'actions dont je vais vous présenter quelques exemples.

Les gynéco-obstétriciens

Ils travaillent sur l'élaboration de nouveaux protocoles afin d'harmoniser les pratiques au sein de la structure et la mise à jour de certains protocoles. Ils désignent entre eux un médecin référent, responsable de la future unité. Ils s'accordent sur la population cible à recevoir en HDJ d'obstétrique. Ils prévoient une mise en place de formations communes avec les sages – femmes libérales afin d'améliorer la collaboration et réfléchissent à des moyens de communication pour instaurer une meilleure qualité des échanges.

Les sages – femmes libérales

Le groupe de travail des sages- femmes libérales étudient les moyens d'utilisation du réseau afin de permettre une meilleure collaboration entre la ville et l'hôpital tels qu'un dossier partagé, des rencontres interprofessionnelles, etc.

Elles s'orientent aussi vers une prise en charge de la précarité des gestantes en collaboration avec le personnel hospitalier notamment dans le cadre de l'HDJ d'obstétrique.

Les psychologues

Le groupe des psychologues, constitué de trois personnes, prévoient un suivi des patientes en anténatal dans le but de prévenir les troubles psychiques. Ils construisent un projet de prise en charge en HDJ d'obstétrique. Ils envisagent entre autres des entretiens collectifs mais aussi individuels avec les patientes qui le nécessitent.

Les diététiciennes

Le groupe des diététiciennes, constitué de trois personnes, font du benchmarking. Elles travaillent dans d'autres services et donc, s'inspirent du benchmarking pour choisir leurs actions. Elles envisagent des ateliers collectifs ainsi que des rencontres individuelles pour certaines patientes.

Les assistantes sociales

Le groupe des assistantes sociales, constitués de quatre personnes, réfléchissent à une procédure afin d'assurer une couverture sociale aux patientes pour leur prise en charge en HDJ d'obstétrique mais surtout pour la prise en charge en ville.

Elles envisagent des réunions avec les sages – femmes libérales afin de poursuivre les directives données par l'ARS Martinique.

Après avoir présenté les différents acteurs et les actions qu'ils mènent, je vous présente la population cible qui est le fondement et la principale motivation de ce projet.

1.1.5 La population cible/ état des lieux

Je cible ma présentation sur quatre pathologies et un facteur de risque psychosocial qui illustrent le mieux les différents rôles des acteurs cités précédemment. Dans l'hôpital de jour d'obstétrique de la MFME, toutes les pathologies nommées dans la dimension fonctionnelle seront prises en charge. J'utilise afin d'évaluer cette population les données diagnostiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information 2022 de la MFME.

Les pathologies qui sont représentées sur ce graphique sont : la prééclampsie, le diabète, le retard de croissance intra-utérin, les ruptures prématurées des membranes et le facteur de risque est la précarité.

La rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée des membranes se décrit comme l'ouverture de l'œuf (chorion et amnios) avant le début de travail. Cette rupture expose le fœtus à l'infection [90]. La notion de délai entre la rupture et le début de travail est très importante. Dans le cas de notre prise en charge en hôpital de jour, elle concerne les grossesses allant de 24 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à 37 SA.

Le retard de croissance intra-utérin et le petit poids pour l'âge gestationnel

Le petit poids pour l'âge gestationnel ou PAG se définit par un poids isolé inférieur au 10^{ème} percentile. Le Retard de croissance intra-utérin est un PAG associé à des arguments d'un défaut de croissance pathologique par exemple un arrêt ou un infléchissement de la croissance [91]. La population choisie remplit ces critères.

Le diabète

Le diabète est une maladie chronique qui survient lors d'une insuffisance de production de l'insuline par le pancréas. Cela se traduit par une hyperglycémie chronique. Deux types de diabète sont distingués : le diabète de type 1 ou auparavant appelé diabète insulino-dépendant et le diabète de type 2 [92]. Au cours de la grossesse, un diabète gestationnel peut être diagnostiqué. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé⁴¹, le diabète gestationnel est un trouble

⁴¹ L'Organisation Mondiale de la Santé est l'institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies pour la santé publique, créée en 1948.

de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse ; toutefois, on peut souligner qu'une patiente peut avoir un diabète méconnu et qui est révélé lors des examens médicaux du suivi de grossesse [93].

La prééclampsie

La prééclampsie est l'apparition ou l'aggravation d'une hypertension existante avec protéinurie après 20 semaines de grossesse. Le stade de prééclampsie non traitée peut être présent une certaine durée mais elle peut progresser et basculer brutalement en éclampsie qui risque d'avoir des conséquences gravissimes [94]. Dans ma population cible, je prends en compte les patientes qui ont une hypertension artérielle avec ou sans protéinurie.

Situation de précarité

Selon J. WRESINKI⁴², la précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » [95]. Les données épidémiologiques croisées aux données PMSI révèlent qu'il y a une sous-évaluation de ces situations car avec les données PMSI, elle n'aurait été que 40 patientes en 2022.

Ce graphique vous présente donc la répartition de la population cible en 2022 obtenue grâce à une enquête rétrospective.

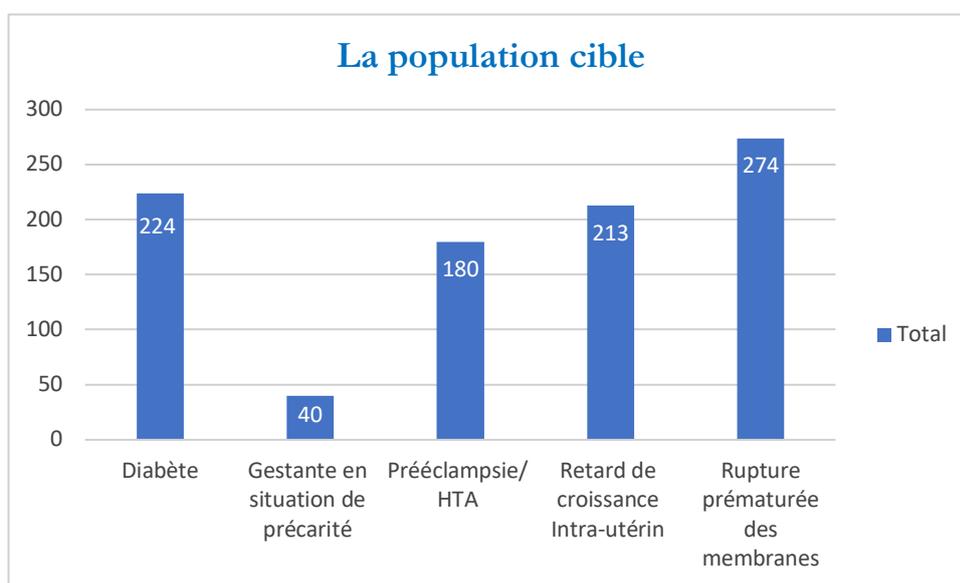


Figure 21 La population cible 2022, sources PMSI MFME

Une fois, la population identifiée, je poursuis ma phase préparatoire par l'analyse des questionnaires distribués.

1.1.6 Enquêtes prospectives

⁴² J. WRESINKI est membre du conseil économique et social de la République française et rédacteur du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » adopté en 1987.

Comme évoqué lors du plan de communication à l'aide de support interactif, je procède maintenant à l'analyse des questionnaires distribués.

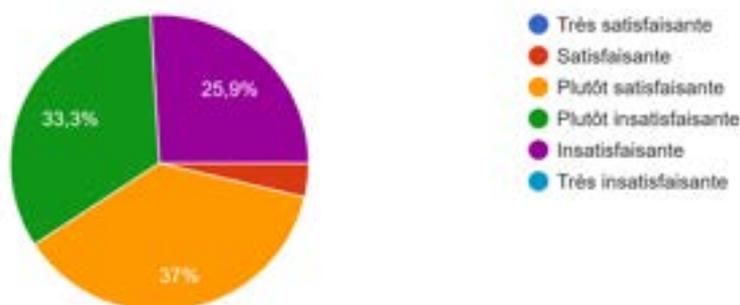
L'enquête prospective auprès des huit gynéco-obstétriciens s'est déroulée sur une semaine du 23 au 29 Janvier 2023 inclus. Elle était sous forme d'une question fermée et l'autre laissant la liberté d'exprimer des suggestions concernant le projet. L'intégralité des gynéco-obstétriciens adhèrent au projet et suggèrent quelques pathologies à prendre en charge qui correspondent à celles choisies en population cible ; soit 100% d'adhésion au projet.

L'autre enquête a concerné les sages-femmes libérales. Sur 34 questionnaires distribués, 27 ont donné réponse soit une participation de 79.4%.

La première question concerne la collaboration ville-hôpital.

1. Comment qualifieriez-vous la collaboration ville-hôpital ?

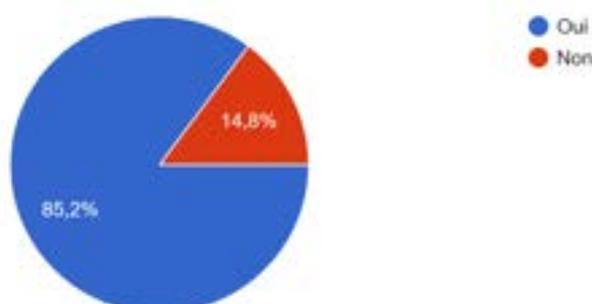
27 réponses



70.3 % des sages – femmes libérales qualifient la collaboration ville-hôpital insatisfaisante ; ce résultat corrobore le contexte d'émergence de l'objectif secondaire du projet et cela démontre le travail à effectuer.

2. Etes-vous amené(e) à assurer le suivi de patientes ayant une grossesse à risque, adressées par la MFME ?

27 réponses



85.2 % des sages – femmes libérales assurent le suivi à domicile des patientes adressées par les urgences gynéco-obstétricales de la MFME ; dont 63% déclarent recevoir rarement une fiche

de liaison et 22.2% n'en reçoivent jamais. Tandis que les services d'hospitalisation, assurent une transmission satisfaisante. Les sages – femmes libérales disent toujours bénéficier d'une fiche de liaison **14.8%** et souvent à **59.3%**.

88.5 % des sages – femmes libérales souhaite être en contact avec un interlocuteur privilégié tel qu'un référent hospitalier.

Elles hésitent par ailleurs à adresser une patiente ayant une pathologie non urgente à **66.7%** aux urgences gynéco-obstétricales. Les principales difficultés rencontrées dans cette situation sont le délai de rendez-vous trop important, le manque de relai direct et l'incertitude/ l'effectivité du rendez-vous.

A leurs yeux la réponse adaptée à cette situation est la mise en place d'un service dédié avec la prise en charge pluridisciplinaire (type hôpital de jour) à **74.1%**.

Je remarque toutefois qu'il y a une méconnaissance des protocoles hospitaliers car seules **26.9%** les connaissent par expérience professionnelle au sein de la MFME soit **55.6%**. Il existe par ailleurs, une forte demande d'actualisation des compétences qui s'élève à **84.6%**.

Elles ont ciblé les protocoles de certaines pathologies qu'elles souhaitent approfondir telles que la prééclampsie à **76.2%**, la menace d'accouchement prématuré à **76.2 %**, la rupture prématurée des membranes à **66.7%** et l'hypertension artérielle à **52.4%**.

Elles sont favorables à des réunions de travail afin de construire une pensée collective à **88.9%**.

Je remarque les formations souhaitées concernent pour la plupart à la population cible de l'HDJ. Ce qui fait écho au levier de la formation de la méthodologie d'Autissier et Moutot, c'est -à dire la nécessité de faire une cartographie des compétences lors de l'état des lieux.

J'aborde maintenant les coûts du projet.

1.1.7 Les coûts : Ressources Humaines ; matériels et achats ; locaux

Je suis chef projet, je n'ai pas de temps libéré ni de rémunération pour mener le projet. Je rencontre les différents acteurs sur mes temps de repos.

Toutefois concernant les locaux, il existe un lieu qui peut accueillir l'hôpital de jour d'obstétrique qui ne nécessite pas de travaux donc il n'y aura pas d'impact.

A ce jour, les coûts ne sont pas complètement affinés mais j'ai estimé une enveloppe budgétaire que vous trouverez dans le tableau ci-joint. J'ai contacté le contrôleur de gestion qui a en charge la MFME, qui valide mes ratios.

Le budget médico-économique

TABLEAU PROFITS & LOSSES

ANNEE 1 MISE EN PLACE HOPITAL DE JOUR D'OBSTETRIQUE A LA M.F.M.E. MARTINIQUE

| COMPTE DES PRODUITS | | | | ANNEE 1 |
|---|----------------------|----------------------|------------------|-----------------|
| SOUS-TOTAL CHIFFRES D'AFFAIRES HDJ | | | | 1 777K€ |
| Nombre d'Hospitalisations de Jour disponibles lundi au vendredi hors JF & divers <i>(Planification sur 220 jours d'activité à 6 parcours patient par jour)</i> | 1320 | | | |
| Nombre d'Hospitalisations de Jour réalisées | 990 | | | |
| Taux d'activité réalisé (année 1 de mise en place) <i>(Atteinte cible 100% année 2 ; Rythme croisière cible 125% année 3)</i> | 75% | | | |
| Prix Moyen Vente en € <i>(Selon tarif AP-HP avec majoration DOM 27%)</i> | | | 1 795 € | |
| TOTAL CHIFFRES D'AFFAIRES | | | | 1 777K€ |
| COMPTE DES CHARGES | | | | ANNEE 1 |
| SOUS-TOTAL CHARGES DIRECTES DE PERSONNEL | | | | -500K€ |
| [INDICATEUR] % CHARGES DE PERSONNEL / CHIFFRES D'AFFAIRES | | | | -28,2% |
| Qualifications requises | Besoin ETP/An | Coût € ETP/An | Coût €/An | |
| Qualification Sage-Femme | 1 | -89 000 € | -89K€ | |
| Qualification Aide-Soignante | 1 | -59 000 € | -59K€ | |
| Qualification PH Obstétricien | 1 | -173 000 € | -173K€ | |
| Qualification PH Endocrinologue | 0,1 | -173 000 € | -17K€ | |
| Qualification PH Néphrologue | 0,1 | -173 000 € | -17K€ | |
| Qualification Psychologue | 0,5 | -77 000 € | -39K€ | |
| Qualification Diététicienne | 0,4 | -68 000 € | -27K€ | |
| Qualification Assistante Sociale | 0,4 | -60 000 € | -24K€ | |
| Qualification Assistant Medico Admin. | 1 | -55 000 € | -55K€ | |
| SOUS-TOTAL CHARGES DIRECTES A CARACTERE MEDICAL | | | | -444K€ |
| [INDICATEUR] % CHARGES A CARACTERE MEDICAL / CHIFFRES D'AFFAIRES | | | | -25,0% |
| Sous-postes de charges | | | Coût €/An | |
| Produits pharmaceutiques | | | NC | |
| Fluides et gaz médicaux | | | NC | |
| Petit matériel médical non stérile | | | NC | |
| Matériel médical à usage unique | | | NC | |
| Produits sanguins | | | NC | |
| Entretien matériel médical | | | NC | |
| Maintenance matériel médical | | | NC | |
| Echographe Voluson swift | | | NC | |
| 2 cardiotocographes Avalon | | | NC | |
| 1 cardiotocographe SONICAID Team 3-I | | | NC | |
| SOUS-TOTAL CHARGES INDIRECTES A CARACTERE NON MEDICAL | | | | -533K€ |
| [INDICATEUR] % CHARGES A CARACTERE NON MEDICAL / CHIFFRES D'AFFAIRES | | | | -30,0% |
| Sous-postes de charges | | | Coût €/An | |
| Services supports (restauration, informatique, administration) | | | NC | |
| Charges financières et d'amortissements des matériels | | | NC | |
| TOTAL CHARGES | | | | -1 478K€ |
| COMPTE DE RESULTAT | | | | ANNEE 1 |
| TOTAL RESULTAT | | | | 299K€ |
| [INDICATEUR] % RESULTAT / CHIFFRES D'AFFAIRES | | | | 16,8% |

Le plan des locaux

Au niveau 0H qui se trouve être au rez-de-chaussée de la MFME, il existe des locaux qui ont été libérés et pour lesquels il n'y aura pas de travaux à effectuer.

L'installation de l'hôpital de jour d'obstétrique se fera en ces lieux dont je vous joins le plan.



Figure 22 Plan des locaux HDJ obstétrique, source CHU Martinique

1.1.8 Grille d'analyse des risques

Dans la gestion de projet, il est essentiel de procéder à une analyse des risques. Cette analyse des risques est une des étapes de la méthodologie d'H. MARCHAT [72].

Comme nous l'avons appris en Master 1ère Management des organisations soignantes avec Mme ARNOUD au cours de la séquence pédagogique « Risque et gestion du/des risques », le risque se définit comme « une exposition à un danger potentiel, inhérent à une situation ou à une activité [96]. Dépend de la probabilité de survenue de l'évènement (incident ou accident). Associé à la notion de probabilité : la possibilité ou non qu'un danger entraîne des conséquences non souhaitées dans des conditions données. »

$$\text{Risque} = \text{Fréquence de l'évènement} \times \text{Gravité des dommages}$$

La **fréquence** est la probabilité d'occurrence du risque, la fréquence d'exposition au danger.

1 → rare, exceptionnelle

2 → peu fréquent

3 → fréquent

4 → très fréquent

La **gravité** est l'évaluation des conséquences néfastes du risque.

1 → bénin

2 → sérieux

3 → grave

4 → très grave

Dans sa méthodologie, H. MARCHAT, utilise un critère supplémentaire et des cotations différentes, que ceux exposés par Mme ARNOUD.

Les critères considérés par H. MARCHAT sont :

- **L'impact** sert à coter la dégradation des objectifs. La cotation est de 1 à 5.
- **La probabilité** montre la possibilité d'apparition du risque. La cotation est de 1 à 5.
- **La détection** permet de savoir la temporalité de la survenue du risque [72].

Selon la méthodologie d'H. MARCHAT, la criticité est calculée ainsi :

| |
|--|
| $\text{Criticité du risque} = \text{Impact} \times \text{Probabilité} \times \text{Détection}$ |
|--|

Pour la réalisation de la cartographie des risques de mon projet, je choisis de suivre les critères appris lors de la séquence pédagogique de Mme ARNOUD.

L'analyse des risques est essentiel dans la gestion de projet.

Dans un premier temps, chacun des participants du groupe réfléchit individuellement à des risques puis nous effectuons un brainstorming ensemble. Par la suite, nous dressons une liste de risques. Nous évaluons leurs impacts possibles sur les objectifs et nous les hiérarchisons grâce à une matrice de criticité.

Une matrice de criticité des risques est un outil qui permet de calculer le niveau de criticité d'un risque.



Figure 23 Matrice de criticité, source Mme ARNOUD, cours Risque et gestion du/ des risques.

Dans la grille d'analyse de risques que je vais vous présenter, j'y inclue aussi les mesures préventives et les mesures correctives de quelques exemples de risques identifiés.

Les mesures préventives représentent toutes les actions possibles afin d'anticiper que le risque ne survienne.

Les mesures correctives sont toutes les actions à entreprendre quand le risque s'est réalisé tout de même, malgré les actions préalables dites mesures préventives.

| N° | Catégories | Liste des risques | Effet sur les objectifs | Impact | Probabilité | Criticité | Mesures préventives | Mesures curatives |
|----|-------------------------|---|---|--------|-------------|-----------|---|---|
| | | | | | | | | |
| 1 | Technique | Locaux indisponibles / Retard déménagement du service occupant les locaux | Retard de livraison du projet | 3 | 3 | 9 | S'assurer de la confirmation de la date du déménagement service précédent | Prévoir une organisation provisoire dans une salle de consultations externes |
| 2 | Technique | Travaux à effectuer | Retard de livraison du projet | 3 | 4 | 12 | Visiter en amont les locaux Consulter les plans | Effectuer les travaux avant ouverture du service |
| 3 | Organisationnels | Absence d'engagement de la hiérarchie Résistance au changement | Délai plus long Retard dans la validation des étapes Ralentissement du projet | 4 | 3 | 12 | Participation au groupe de travail Méthode Autissier et Moutot Assurer une communication claire | Réunions afin de susciter motivation et appropriation du projet |
| 4 | Organisationnels | Ressources humaines : Manque de personnel | Impossibilité d'ouverture de l'unité | 4 | 3 | 12 | Rendez-vous avec Directeur des Ressources Humaines pour recherche ETP | Recours à agence d'intérim |
| 5 | Organisationnels | Ressources humaines : Besoin d'une compétence spécifique | Retard ouverture unité | 1 | 2 | 2 | Cartographie des compétences | Inscription formation nécessaire dans plan de formation Personnel formé en formation continue Recours à un interne de spécialité obstétrique pour échographie |
| 6 | Organisationnels | Ressources humaines : Absence de coordination entre les acteurs | Retard dans la conduite de projet | 3 | 3 | 9 | Réunions interprofessionnelles régulières | Informations concernant l'avancée du projet Communication des comptes-rendus de réunion de chaque groupe de travail |
| 7 | Organisationnels | Ressources humaines : Absence de mobilisation des acteurs | Ralentissement du projet | 2 | 3 | 6 | Réunions régulières avec les groupes de travail afin de réactiver motivation | Benchmarking |
| 9 | Organisationnels | Ressources humaines Perte de motivation des acteurs | Unité non fonctionnelle / Impossibilité d'accueil des patientes | 2 | 3 | 6 | S'assurer auprès du fournisseur de la garantie de livraison du matériel avant la date d'ouverture de l'unité | Changer de fournisseur |
| | Organisationnels | Mauvaise communication | Ralentissement du projet Mauvaise appréciation du commanditaire | 2 | 2 | 4 | Réunions régulières avec les groupes de travail afin de réactiver motivation | Plan de communication à adapter (Méthodologie Autissier et Moutot) |
| | Matériels et équipement | Retard achats/ matériels nécessaires au fonctionnement de l'unité | Unité non fonctionnelle / Impossibilité d'accueil des patientes | 4 | 4 | 16 | S'assurer auprès du fournisseur de la garantie de livraison du matériel avant la date d'ouverture de l'unité | Changer de fournisseur |
| | Financiers | Sous-estimation du budget | Réévaluation des objectifs Arrêt du projet | 2 | 3 | 6 | Demander au Directeur financier de fixer un budget | Réévaluation du budget estimé Diminution de certaines charges |
| 11 | Externe | Fermeture de la maternité du CHLD et accueil des patientes à la MFME | Ralentissement du projet Désinvestissement de la hiérarchie | 2 | 2 | 4 | Savoir la date du début des travaux de désamiantage du bloc opératoire de la maternité du CHLD S'assurer de la date du déménagement et la date d'accueil des patientes | Prévoir une organisation provisoire dans une salle de consultations externes |

Figure 24 Grille d'analyse des risques adaptée de la grille d'analyse d'H. MARCHAT

Je complète ma grille d'analyse des risques par un diagramme radar afin de les visualiser plus facilement et surtout prioriser les risques forts.

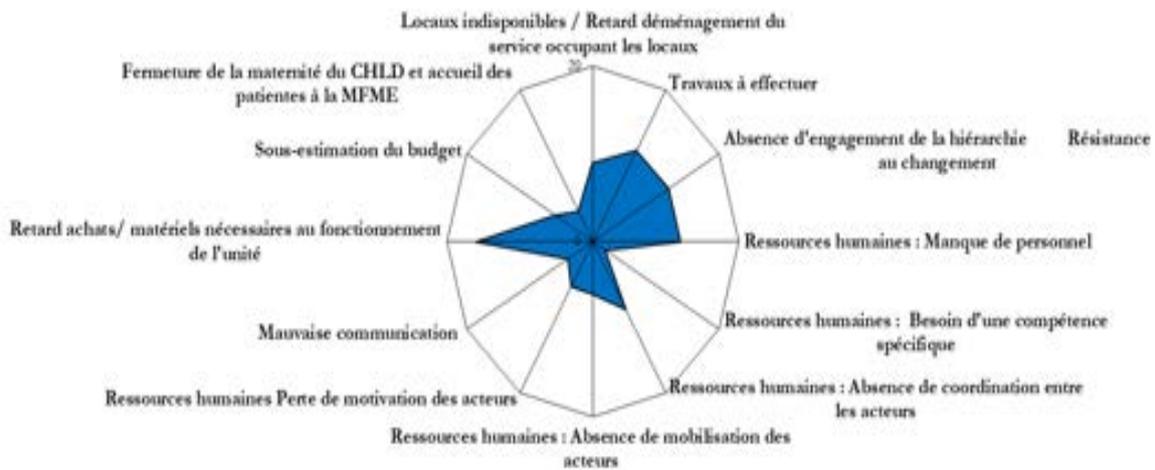


Figure 25 Diagramme radar illustrant les risques potentiels, source EXCEL

La conduite de projet est faite d'aléas qu'il faut être capable d'anticiper et d'adapter une stratégie afin d'y faire face. Dans ce contexte de changement organisationnel, la gestion du chef de projet doit être faite avec stratégie et agilité.

Une fois, la phase préparatoire achevée, je vous présente l'étape suivante qui est la validation par le commanditaire.

2. La validation

J'ai des rendez-vous réguliers avec la Directrice des Affaires Générales et la Directrice de Pôle. Lors de ces entrevues, je leur fais une présentation durant lesquelles, elles valident chaque étape ou suggèrent des intervenants qui peuvent intervenir lors des difficultés rencontrées. Nous constituons à nous trois, le comité de pilotage.

Pour la phase de validation de cadrage du projet avant la phase de pilotage, je fais un exposé avec support écrit et power point mais je leur explique ma difficulté à rencontrer le Directeur des Affaires financières.

Elles me proposent d'organiser un entretien avec ce dernier afin d'affiner l'enveloppe budgétaire à allouer au projet managérial. Toutefois, elles me signalent qu'en raison de l'approche de la certification fin Avril 2023 et le probable déménagement de la maternité de type 1 vers la MFME pour cause de désamiantage à une date indéterminée, il risque d'il y avoir un certain délai de réponse.

Lors de la rédaction de mon projet managérial, mon rendez-vous n'est pas encore fixé.

Je poursuis tout de même ma conduite de projet afin de maintenir la mobilisation des acteurs.

3. La phase de pilotage

3.1 Réunions de présentation du projet avec les acteurs

En ce qui concerne les acteurs hospitaliers tels que les gynéco-obstétriciens, les psychologues, les assistantes sociales et les diététiciennes, la motivation restent intactes.

Je fais une réunion d'information avec chacun des groupes afin de leur communiquer le ralentissement du projet vu que le budget n'est pas encore visé par le Directeur des Affaires financières.

Je crains une démobilisation des acteurs mais au contraire, dans chacun des groupes, je trouve une motivation intacte et même renforcée. Le groupe des psychologues propose de rédiger un projet qui appuie la création d'un hôpital de jour d'obstétrique, le chef de service de gynécologie propose d'écrire afin d'appuyer la demande.

Quant aux sages -femmes libérales dès la présentation du projet, leurs motivations étaient palpables. Elles sont force de propositions et les réunions avec la sage – femme coordinatrice du Réseau Santé Périnatal Matnik. Les possibilités sont multiples puisque le réseau a des locaux mais peut obtenir des partenariats afin de financer des journées entre acteurs de la périnatalité par exemple. Je poursuis donc les réunions régulièrement afin de progresser dans l'atteinte de l'objectif secondaire en attendant le déblocage de l'objectif principal.

Galvanisée par toute cette motivation, je continue la conduite de projet et je rédige la fiche procédure d'HDJ d'obstétrique.

3.2 Elaboration de la procédure d'HDJ obstétrique

Afin de rédiger la procédure d'HDJ d'obstétrique, je fais du benchmarking. Lors d'un de mes regroupements du Master 2, je prends rendez-vous avec un maïeuticien coordonnateur qui m'explique l'HDJ de diabétologie qu'il a développé dans son établissement.

Il est vrai que la population cible choisie, concerne un grand nombre de pathologie. Je vous présente donc la procédure commune qui couvre la plupart d'entre elles.

L'organisation se déroulera comme suit :

Il y aura une prise en charge de six patientes par jour maximum.

L'HDJ recevra des patientes du lundi au vendredi soit 220 journées par année soit une file active de 1320 patientes par année. Il existera toutefois une plage d'urgence qui permettra de prendre en charge les patientes non programmées.

Description de la procédure

L'accueil et la prise en charge des patientes sont faits par la sage-femme hospitalière dédiée à l'unité.

L'adressage des patientes est fait par soit un intervenant externe (professionnels de ville : sages – femmes libérales, gynéco-obstétriciens, PMI, médecin généraliste), soit par un consultant hospitalier (consultation externe, Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal, CR3P, autres praticiens hospitaliers).

Une demande de prise en charge est réalisée par mail auprès du service de prise de rendez-vous en complétant le formulaire HDJ ou directement sur Ultragenda.

Une demande personnalisée est établie selon le type de pathologie ou de la situation sociale de la patiente et transmis à la sage-femme dédiée à l'unité ainsi qu'au médecin responsable d'unité.

La sage-femme :

- Prend contact avec la patiente pour programmer le bilan initial et sollicite l'ensemble des renseignements personnels de la patiente (coordonnées, mail) pour planifier la préadmission sur Ultragenda
- Panifie les rendez-vous sur Ultragenda

- S'assure de la bonne réception de la date du rendez-vous par mail et si la patiente n'a pas d'adresse mail, s'en assure par communication téléphonique
- Crée le dossier de la patiente si patiente externe à la maternité

Organisation de la prise en charge le jour J

L'admission de la patiente

La patiente arrive à l'accueil à l'heure de la convocation envoyée par mail ou confirmée par téléphone.

Etat des lieux des patientes : préparation du projet de soins individualisé selon parcours.

Programmer les séquences (planning)

Ce planning d'activités sera remis à la patiente.

Mise en place de moments individuels et moments collectifs.

La sage-femme :

- Vérifie l'identité de la patiente (identitovigilance) pose d'un bracelet d'identité
- Récupère le courrier du professionnel adresseur et les documents de la patiente
- Prend les constantes (température, tension, pouls, saturation, glycémie)
- Prend la taille, poids, IMC

La patiente suit le parcours dédié selon sa pathologie

- Parcours « Prééclampsie légère, modérée »
- Parcours « Diabète »
- Parcours « situation de vulnérabilité »
- Parcours « Retard de Croissance Intra-Utérin »
- Parcours « Rupture prématurée des membranes »

Chaque parcours comprend :

- Une prise en charge SF pour la prise des constantes + Enregistrement du Rythme cardiaque fœtal + Bilans sanguins
- Au minimum une prise en charge par un médecin de spécialité différente (endocrinologue, néphrologue)
- Une prise en charge par d'autres professionnels (diététicienne, psychologue, assistante sociale, ...)
- Une prise en charge par le gynéco-obstétricien (pour la synthèse de fin parcours)

A la fin des PEC de chaque spécialiste un compte -rendu de la consultation ou de l'examen doit être établi par l'assistant médico-administratif et remis à la patiente. L'ensemble doit être joint au dossier de la patiente. Une synthèse doit être rédigée en fin de parcours et une fiche de liaison doit être adressée au professionnel adresseur.

La sage-femme saisit les codes selon la classification commune des actes médicaux sur le logiciel CORA PMSI.

Fin de la prise en charge J0.

Sortie à gérer en amont : A la sortie, la sage-femme hospitalière s'assure que la patiente ait un suivi à domicile par sage-femme libérale. Elle lui adresse une fiche de liaison et informe la sage-femme de la sortie de la patiente par communication téléphonique.

Traçabilité assurée par un registre dans l'unité.

A la sortie, la sage-femme adresse la patiente au bureau afin d'effectuer les formalités.

Le service facturation finalise et clôture le dossier, après codage.

La procédure présentée doit être validée par l'ensemble des intervenants.

La création d'un hôpital de d'obstétrique à la MFME, représente une opportunité d'innovation au sein de la structure que je développerai maintenant.

3.3 L'innovation organisationnelle

Selon le dictionnaire Larousse, une innovation se définit « *comme l'introduction, dans le processus de production et/ou de vente d'un produit, d'un équipement ou d'un procédé nouveau* ».

Comme nous l'avons vu avec Mr BEJEAN dans l'ECUE 5.2 « La transformation des organisations de santé », l'innovation en santé est synonyme d'enjeux qui ont pour objectifs premiers l'amélioration de la santé de la population [97].

Cette amélioration se décompose en quatre objectifs :

- *Améliorer l'expérience des patients et résultats des soins et services*
- *Améliorer la santé des populations*
- *Réduire les coûts de la santé*
- *Améliorer le mieux-être et expérience des intervenants.*

Avant de procéder à un développement plus exhaustif, je souhaite au préalable faire le lien entre ces quatre objectifs et ceux de mon projet managérial brièvement.

Améliorer l'expérience patient et résultats des soins et services : la création d'un hôpital de jour au travers de son objectif d'amélioration de la prise en charge des grossesses à risques a aussi comme vocation de diminuer les situations de tension hospitalière souvent rencontrées à la MFME. La prise en charge individuelle quasi personnalisée auprès du patient aura un impact favorable sur l'expérience patient. Au-delà de tout cela, les flux entrants aux UGO auront tendance à diminuer et aura un bénéfice pour les patientes ainsi que pour la qualité des soins.

Améliore la santé des populations : les indicateurs de santé périnatale et les indicateurs socio-démographiques développés précédemment confortent l'idée de la nécessité de créer une structure qui puisse lier la prise en charge des patientes ayant des grossesses à risque notamment celles qui ont la charge d'une famille monoparentale. Cette structure est une solution face à la rupture du parcours de soins.

Réduire les coûts de la santé : contrairement à une hospitalisation dite conventionnelle, l'HDJ est un levier afin de réduire les coûts de prise en charge au sein du CHUM. Il s'oriente plus vers un gain financier de l'établissement.

Améliorer le mieux-être et expérience des intervenants : grâce à la mise en place de l'HDJ, la diminution de la tension hospitalières et l'amélioration de la qualité de vie au travail des intervenants doit être évaluable. La sensation du travail bien fait renâtra au fil du temps.



Figure 26 Enjeux de l'innovation organisationnelle, source cours Innovation en santé de Mr BEJEAN ECUE 5.2

Selon la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, la priorité dans le cadre des expérimentations est donnée aux transformations organisationnelles qui favorise un parcours de santé coordonné, une prise en charge de qualité, des soins ambulatoires structurés et l'accès aux soins. Plus précisément, « l'objectif du dispositif article 51 est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé » selon l'ARS Ile-de-France [98].

L'innovation qui nous concerne dans le cadre des objectifs du projet est une innovation organisationnelle.

L'objectif principal du projet a pour but une prise en charge de qualité dans une structure ambulatoire des patientes ayant une grossesse à risque mais aussi en situation de précarité. Elle a aussi pour mission de faciliter l'accès aux soins aux patientes en situation de vulnérabilité. L'expérience patient sera d'autant plus satisfaisante puisque la patiente sera dans un milieu plus confortable. Grâce à cette innovation, le flux entrant aux urgences gynéco-obstétricales diminuera et cela apportera une meilleure qualité de vie aux sages – femmes hospitalières et une satisfaction des patientes qui évoluera favorablement.

Tous ces critères démontrent donc que la création d'HDJ obstétrique est éligible à être qualifiée d'une innovation organisationnelle. Surtout que cette structure n'existait pas auparavant dans le parcours de santé des gestantes de la MFME.

L'objectif secondaire du projet est la collaboration ville-hôpital. Comme nous l'avons vu précédemment, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, promeut la coordination du parcours de santé des patientes.

En réactivant la collaboration ville-hôpital entre sages – femmes libérales et personnels hospitaliers, le parcours de santé sera plus fluide et moins de risque de rupture de parcours de soins des patientes. Surtout qu'en Martinique, il y a 53.6 % de familles monoparentales, dont le parent seul est une femme, cela crée assez fréquemment des ruptures de soins car elles n'ont pas

toujours des modes de garde pour leurs enfants. Avec cette nouvelle organisation, nous pouvons espérer qu'il y aura un retentissement positif sur le parcours de soins de ces patientes. En ayant des interlocuteurs compétents et qui auront une pensée collective, les patientes seront sereines ; ce qui aura comme avantage d'améliorer l'expérience patient.

Cette innovation organisationnelle qui porte autant sur le parcours patient que sur l'expérience patient est un atout majeur pour le CHUM qui sera le seul établissement public à avoir cette offre de soins sur l'île.

Toutefois, la conduite de projet de ce projet est empreinte de freins que je vais vous présenter.

3.4 Freins et limites rencontrés

La création d'un HDJ d'obstétrique implique un changement dans l'organisation de la MFME.

Comme nous l'avait dit Mr MAILLET en séquence pédagogique « Résistance(s) au changement » en DU Encadrement Unité de Soins et Pilotage en 2020, « *Conduire un changement, c'est éclairer le chemin pour permettre à chacun d'appréhender son avenir avec le maximum d'autonomie et le minimum d'angoisse* » [99]. Nous l'avions approfondi avec Mme A. OUERSIGHNI en Master 1^{ère} année au cours de la séquence pédagogique « Les résistances au changement » [100].

Toutefois, malgré, l'usage d'outils de gestion du changement, je suis confrontée à des freins.

« En décrétant le changement, l'immobilisme s'est mis en route et je ne sais plus comment l'arrêter » (Edgar Faure).

Selon la définition littéraire du dictionnaire Larousse, « *un frein est ce qui arrête, ce qui retient* » [101].

Les freins auxquels, je suis confrontée, je les réparties en trois catégories : individuel, structurel et organisationnel.

Les freins individuels

La résistance au changement

Selon S.L. DOLAN⁴³, E. GOSSELIN⁴⁴ et G. LAMOUREUX, la résistance au changement est « *une attitude individuelle ou collective, consciente ou inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée. Elle représente donc une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal de travail* » [102].

Selon M. KETS DE VRIES⁴⁵, « *faire changer une organisation, c'est avant tout faire changer les individus qui la composent* » [103].

Le changement effraie l'individu, il le perçoit comme une perte de sa tranquillité, de ses rituels quotidiens.

Lors du plan de communication de mon projet managérial, je perçois une certaine inquiétude de certaines personnes « ressources » qui craignent de s'aventurer vers l'inconnu. Certaines s'interrogent, me questionnent et surtout me font remarquer l'ampleur du projet.

Durant ma conduite de projet, la résistance à laquelle je suis confrontée est la résistance passive. Cette résistance a comme conséquence un ralentissement du rythme de travail et une perte d'adhésion qui s'accompagne d'un comportement passif. J'observe aussi une réticence à la transmission d'informations.

⁴³ S.L. DOLAN est docteur en gestion des ressources humaines et en psychologie du travail.

⁴⁴ E. GOSSELIN est docteur en relations industrielles de l'Université de Montréal

⁴⁵ M. KETS DE VRIES est professeur à l'Institut européen d'administration des affaires.

Les freins organisationnels

La visite de certification prévue cette année influence fortement la disponibilité des membres du comité de pilotage et de certains acteurs. Effectivement, chacun doit veiller au respect des recommandations de PHAS à son niveau et cela réduit leur accessibilité.

Contrairement au réseau de santé périnatale, le CHUM est constitué de plusieurs niveaux hiérarchiques ce qui diminue la latitude en termes de réajustement ou d'ajustement.

L'autre frein organisationnel qui se surajoute est le désamiantage du bloc opératoire de la maternité de type 1 du CHUM. Ce frein qui est particulièrement délétère pour mon projet, je vous le développe plus spécifiquement dans le paragraphe suivant, car je trouve qu'il est important d'être plus explicite à ce sujet.

Les freins structurels ou architecturaux

Le frein structurel auquel je me retrouve confrontée est le déménagement de la maternité de type 1 implique un transfert des patientes et du personnel du site vers la MFME. L'occupation des locaux prévue pour l'HDJ d'obstétrique semble envisager et cela constitue un frein structurel pour le délai de livraison.

Le frein organisationnel que je tiens à vous développer est le déménagement de la maternité de type 1 du fait du désamiantage du bloc opératoire. La maternité de type 1 en raison de travaux doit être fermée car n'ayant pas de plateau technique disponible ne pourra recevoir les patientes en début de travail ou autre. Toutefois, lors des entretiens, une minorité de sages – femmes exprime le souhait de vouloir rester exercer dans les locaux de la maternité même s'il n'y a pas de plateau technique pour traiter les urgences.

De ce fait, la direction du pôle et l'encadrement ont pris la décision de me solliciter afin que je repense et que je reconsidère mon projet au profit de la maternité de type 1 qui se trouve dans le nord atlantique de l'île. Je décline cette proposition, malgré une insistance marquée, car pour moi l'urgence est surtout de prendre en charge les grossesses à risques dans une maternité de type 3 qui a un plateau technique compétent et a à disposition des spécialistes d'autres disciplines. Je constate par la suite un désengagement subtil, un ralentissement du projet à certaines étapes et une priorité donnée au déménagement de la maternité de type 1.

Les freins rencontrés ralentissent l'évolution du projet mais il avance tout de même.

Je vais vous présenter maintenant la phase de progression qui est le troisième niveau de la méthodologie d'H. MARCHAT [72].

4. Phase de progression

4.1. Indicateurs de suivi

Lors de notre séquence pédagogique avec M.J. ESTEVE, « La boîte à outils du cadre » de l'ECUE 6.3 : Les outils du cadre de santé, nous avons abordé la séquence objectif-action-suivi qui permet de faire une analyse en vue d'une amélioration ou d'une pérennisation selon l'action [75].

Comme nous l'avons vu en séquence pédagogique « Evaluation des organisations soignantes » avec Mme DURAND-ZALESKI dans l'ECUE 6.1 : Management stratégique, nous devons définir des critères quantifiables qui permettront de dire que l'objectif recherché est atteint [104].

Un autre aspect de l'évaluation a été abordé en séquence pédagogique « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail » avec Mr X. MARCHAND dans l'ECUE 7.1 : Transformer les relations humaines et sociales qui est celui des ressources humaines [77].

Il est important d'avoir clairement choisi au préalable les objectifs idéaux autrement appelés objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel) qui permettront de mieux définir les indicateurs [74].

Les indicateurs que je vais développer sous forme de tableaux sont des indicateurs de : **structure, processus, performance, qualité et ressources humaines.**

| | |
|----------------------------|--|
| Structure | <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation en hospitalisation - Nombre d'hospitalisations - Durée moyenne de séjour hospitalisation - Nombre de consultations d'urgences obstétricales - Durée moyenne d'attente aux UGO - Nombre de passage en HDJ - Taux d'activité HDJ |
| Processus | <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion de la hiérarchie - Procédure de prise en charge HDJ obstétrique - Mise en place feuille de liaison HDJ – SF libérales - Nombre de compte-rendu d'HDJ - Revue de processus - Revue de pertinence |
| Performance | <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du parcours de santé des patientes du territoire - Gains financiers du CHUM - Attractivité de la MFME - Augmentation de l'activité HDJ obstétrique |
| Qualité | <ul style="list-style-type: none"> - Qualité de l'accueil - Satisfaction patientes - Expression de la qualité de vie au travail - Communication - Feuille d'évènement indésirable - Analyse des pratiques - Sécurité des soins - Expérience patient - Risques |
| Ressources Humaines | <ul style="list-style-type: none"> - Lettre de mission - Formation des acteurs - Evaluation de la santé au travail : absentéisme, présentéisme, expression du travail non accompli, expression de mal-être - Indicateur de participation - Implication des représentants du personnel - Prise en charge situation de vulnérabilité - Formation commune interprofessionnelle - Formation continue - Entretien professionnel - Communication entre les acteurs |

Les indicateurs permettent de se questionner afin de faire évoluer l'organisation. Ils aident à l'évaluation de plusieurs domaines et tiennent une place importante dans la transformation organisationnelle.

Suite à cette étude des indicateurs, je vais vous dresser le bilan du projet « Création d'un hôpital de jour d'obstétrique à la MFME ».

4.2 Bilan du projet

Afin de faire un bilan du projet que je présenterai au commanditaire, je ferai une classification en deux parties : ce qui s'est bien déroulé et ce qu'il faudrait améliorer.

Ce qui s'est bien déroulé

En ce qui concerne l'objectif principal, le projet a rencontré chez de nombreux acteurs un accueil favorable et les groupes de travail sont porteurs d'idées novatrices dans la prise en charge des grossesses à risques.

En ce qui concerne l'objectif secondaire, les sages – femmes libérales et le réseau périnatal souhaitent travailler avec le secteur hospitalier ; ce qui développera une pensée collective, un travail collaboratif et une amélioration de la communication.

En ce qui concerne le parcours des patientes, cette innovation sera garante d'une meilleure prise en charge des gestantes martiniquaises au sein de la maternité de type 3 de l'île.

Ce qu'il faudrait améliorer

L'engagement des acteurs décisionnaires, ce qui permettrait la reconnaissance de la légitimité du chef de projet par certains acteurs.

Une plus grande agilité du CHUM dans le projet, car face à la visite de certification et le probable déménagement de la maternité de type 1, aucun réajustement n'a été proposé mais une stagnation de la situation est constatée.

Toutefois, le bilan du projet est globalement positif. L'engagement des acteurs hospitaliers et libéraux au service du bien commun est un véritable espoir d'amélioration du parcours de santé des gestantes martiniquaises.

Quelles sont les perspectives de ce projet novateur ?

4.3 Les perspectives

En ces débuts, l'HDJ d'obstétrique accueillera un nombre de pathologies qui tend à augmenter. Cette évolution est synonyme d'une augmentation du taux d'occupation et d'une augmentation des gains financiers du CHUM.

Grâce à la collaboration entre le secteur hospitalier et le réseau de ville aura pour effet une meilleure orientation des patientes et le développement de l'HDJ d'obstétrique.

Ce projet qui me tient à cœur est un projet qui est transposable dans d'autres établissements afin d'améliorer le parcours de santé des patientes.

L'innovation organisationnelle que représente ce projet crée des opportunités organisationnelles mais aussi individuelle.

Après ce bilan et cette analyse des perspectives, je me trouve dans une introspection face à mon projet, que je vais vous partager maintenant.

5. Et si c'était à refaire ?

J'ai choisi de faire ce projet parce qu'il me tenait à cœur d'agir pour les gestantes ayant des grossesses à risques tant sur le plan médical que sur le plan psychosocial. L'amélioration du parcours de santé de cette population est une politique organisationnelle qui doit être mise en œuvre en Martinique.

Toutefois, si je devais le mener à nouveau, je m'assurerais de l'engagement des acteurs décisionnaires qui me soutiendrait au travers d'une liberté facilitatrice. De plus, je me référerais à une autre personne ressource de ma hiérarchie afin d'avoir une transmission des informations moins laborieuse.

Si c'était à refaire, je ne changerais pas mon positionnement quant à la mise en place en priorité de la création de l'HDJ d'obstétrique à la maternité de type 3. J'entends en cela que je procèderais à l'aide d'outils, tels que des tableaux de bord, à argumenter mon point de vue. En effet, j'utiliserais la communication persuasive afin partager avec toutes les parties des avantages de cette structure au sein de la MFME, tant pour les patientes que pour l'établissement. Un tel plateau technique avec des professionnels compétents comme celui de la MFME a comme vocation d'assurer aux gestantes martiniquaises, une prise en charge de qualité et en sécurité. La proximité de médecins spécialistes dans un même établissement offre la possibilité aux gestantes d'avoir un parcours de santé efficient et efficace.

Cet environnement capacitant qu'est le CHUM représente une opportunité pour tous ces professionnels de santé d'exercer leurs compétences. Cette innovation organisationnelle qu'est la création d'un hôpital de jour d'obstétrique approfondira les capacités d'apprentissage de chacun des acteurs, notamment en ayant co-construit cette nouvelle organisation ensemble.

Je ne changerais toujours pas d'avis, car ce qu'il y a de mieux à faire selon certains, c'est très certainement par moment se laisser mener vers de mauvaises décisions. Selon moi et selon mon expérience, il existe des combats qui sont nécessaires pour arriver à des objectifs, que j'ai largement argumentés dans mon travail.

Néanmoins, une fois, l'ouverture de l'hôpital de jour d'obstétrique à la MFME, je suis prête à proposer un autre projet plus adapté à la maternité de type 1 à sa réouverture telle qu'une innovation afin d'obtenir le label « Hôpital Ami des bébés ». Cette labellisation, lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé, place la qualité des soins prodigués à la mère et au nouveau-né au cœur de ses principes.

Conclusion

La création d'un hôpital de jour d'obstétrique à la MFME, l'objectif principal de mon projet managérial, prend tout son sens au fil de ma conduite de projet.

En effet, quand je réalise l'état des lieux et que je décris le contexte d'émergence, je ne peux m'empêcher de constater que la population martiniquaise rencontre de nombreuses difficultés à accéder aux soins. Le parcours santé du patient devient un parcours semé d'embûches qu'il est nécessaire d'améliorer.

Quand, je me recentre sur les femmes enceintes, qui représente ma population cible, les mêmes failles du système de santé sont constatées. Les indicateurs de périnatalité, les facteurs de risque psychosociaux confirment cette lacune et ils représentent des signaux d'alarme que nous ne pouvons ignorer.

La prise en charge des patientes grâce à une collaboration voire une coordination des acteurs est une des clés qui permettra de débloquer certains verrous du système de santé martiniquais. La pensée collective fait la force d'un projet et cette unité est à mettre en pratique pour le bien commun de la population martiniquaise.

Une meilleure prise en charge des gestantes martiniquaises aura pour conséquence une amélioration de l'état de santé de la population martiniquaise de demain.

A nous, professionnels de santé de tout mettre en place afin d'assurer ce défi qui nous attend pour l'optimisation du parcours santé en Martinique.

Aujourd'hui, mon projet managérial est pour l'instant, en phase de pilotage.

Si, je dresse un bilan méthodologique de mon projet managérial, je peux affirmer que cette conduite de projet m'a permis de développer les compétences acquises lors de ma formation. J'entends en cela que, mes capacités d'écriture d'un changement organisationnel se sont exprimées au travers d'argumentaires, fruits d'une réflexion guidée par des recherches. J'ai pu renforcer ma capacité de structuration de texte et améliorer ma manipulation de l'outil informatique.

En ce qui concerne, l'axe professionnel, ce travail contribue à la construction identitaire de cadre supérieur de santé ou de cadre de pôle que je souhaite devenir. Au vu de tous les aspects relationnels hiérarchiques rencontrés au décours, je suis éclairée sur les positionnements que doit avoir un cadre supérieur de santé, notamment dans ses missions transversales.

Sur le plan personnel, la rédaction du projet a renforcé en moi, ma propension à la lecture professionnelle et à la veille scientifique. De plus, j'observe que j'ai progressé dans mon organisation et que j'en sors grandie en ayant un sens des priorités certain. J'ai su articuler vie personnelle et priorités professionnelles grâce à une organisation adaptée.

A l'heure actuelle, la conduite de ce projet de création d'hôpital de jour est synonyme d'opportunité d'ouverture professionnelle afin d'aborder d'autres problématiques.

Mais avant de s'orienter vers d'autres domaines, l'ouverture de l'HDJ d'obstétrique est un de mes objectifs.

L'autre objectif que je souhaite mener à l'avenir, c'est le développement du maillage avec le réseau de ville afin que les gestantes martiniquaises soient prises en charge avec qualité et en sécurité.

La santé périnatale est un enjeu majeur pour la Martinique de demain.

Bibliographie

- [1] CHU MARTINIQUE, «CHU DE MARTINIQUE,» CHU DE MARTINIQUE, 2021. [En ligne].
] Available: www.chu-martinique.fr/le-chum/presentation-du-chu-de-martinique-2/. [Accès le 20 Mars 2023].
- [2] Haut Conseil de la Santé Publique, «Haut Conseil de la Santé Publique,» Haut Conseil de la Santé Publique, 26 Juillet 2021. [En ligne]. Available:
] www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078. [Accès le 20 Mars 2023].
- [3] Institut National de la statistique et des études économiques, «INSEE FLASH MARTINIQUE,» INSEE, 29 Décembre 2022. [En ligne]. Available: www.insee.fr/fr/statistiques/6681780. [Accès le 20 Mars 2023].
- [4] Collectivité Territoriale de Martinique, «Collectivité Territoriale de Martinique,» Collectivité Territoriale de Martinique, 01 Décembre 2021. [En ligne]. Available:
] www.collectivitedemartinique.mq. [Accès le 20 Mars 2023].
- [5] Communauté d'agglomération du centre de la Martinique., «Communauté d'agglomération du centre de la Martinique,» Communauté d'agglomération du centre de la Martinique., 01 Mai 2015. [En ligne]. Available: www.cacem.fr. [Accès le 20 Mars 2023].
- [6] Agence Régionale de Santé, «Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS)-Antilles - Guyane 2021,» ARS, 14 Octobre 2022. [En ligne]. Available: www.martinique.ars.sante.fr/statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du-social-statiss-antilles-guyane-2021. [Accès le 20 Mars 2023].
- [7] Réseau Santé Périnatal Matnik Re-Naissance 972, *Données épidémiologiques-Santé Périnatale Martinique- Principaux Facteurs de risques et principales pathologies*, Le Lamentin 972: Réseau Santé Périnatal Matnik Re-Naissance 972, 2022.
- [8] Réseau Santé Périnatal Matnik Re-Naissance 972, «Données Statistiques 2018-2021,» Réseau Santé Périnatal Matnik Re-Naissance 972, Le Lamentin, 2023.
- [9] A. R. B. Benhaddouche, «Institut National de la Statistique et des études économiques,» INSEE, 29 Septembre 2022. [En ligne]. Available:
] [www.insee.fr/fr/statistiques/6537113#:~:text=Le%20Produit%20Intérieur%20Brut%20\(PIB,Guadeloupe\)%20\(figure%201\)..](http://www.insee.fr/fr/statistiques/6537113#:~:text=Le%20Produit%20Intérieur%20Brut%20(PIB,Guadeloupe)%20(figure%201)..) [Accès le 25 Mars 2023].
- [10] E. Mével, «INSEE FLASH MARTINIQUE,» INSEE, 15 Avril 2021. [En ligne]. Available:
] [www.insee.fr/fr/statistiques/5355099#:~:text=Pour%20la%20deuxième%20année%20consécutive,enn%202020%20\(8%20%25\)..](http://www.insee.fr/fr/statistiques/5355099#:~:text=Pour%20la%20deuxième%20année%20consécutive,enn%202020%20(8%20%25)..) [Accès le 2 Avril 2023].
- [11] A. M. J.-R. Creignou, «INSEE ANALYSES MARTINIQUE -Seuil de pauvreté,» INSEE, 17 Mai 2022. [En ligne]. Available:
] [www.insee.fr/fr/statistiques/6444543#:~:text=En%20Martinique%2C%2038%2C%20%25%20des,contre%20%20%25%20des%20propriétaires\)..](http://www.insee.fr/fr/statistiques/6444543#:~:text=En%20Martinique%2C%2038%2C%20%25%20des,contre%20%20%25%20des%20propriétaires)..) [Accès le 23 Mars 2023].
- [12] E. B. R.-B. Algava, «INSEE FOCUS,» INSEE, 13 Septembre 2021. [En ligne]. Available:
] www.insee.fr/fr/statistiques/5422681#tableau-figure1_radio1. [Accès le 25 Mars 2023].
- [13] A. D. T. R. T. R. Leduc, «Synthèse Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte,» Les dossiers de la DREES, Paris, 2021.

- [1 Ministère de la Santé et des sports, «LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et
4] relative aux patients, à la santé et aux territoires,» 22 Juillet 2009. [En ligne]. Available:
www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475. [Accès le 10 Avril 2023].
- [1 M. ZACHARIE, *Séquence pédagogique : "Gestion Hospitalière"*, Créteil, 2022.
5]
- [1 ARS MARTINIQUE, «ARS MARTINIQUE,» ARS MARTINIQUE, 28 Mars 2018. [En ligne].
6] Available: www.martinique.ars.sante.fr/mentions-legales-12. [Accès le 10 Avril 2023].
- [1 ARS MARTINIQUE, «ARS MARTINIQUE - Politique régionale de santé en Martinique,» ARS
7] MARTINIQUE, 28 Mars 2017. [En ligne]. Available: www.martinique.ars.sante.fr/prs-2018-2022.
[Accès le 10 Avril 2023].
- [1 Département Qualité et Risques du CHU Martinique, «Résultats des campagnes nationales de mesure
8] de la satisfaction patients : e-Satis 2022,» CHU MARTINIQUE, Fort-de-France, 2022.
- [1 N. Michalon-Defrel, «Journée régionale Travaux PRS 2022-2023,» chez *Journée régionale Travaux PRS*
9] *2022-2023*, Le Lamentin, 2023.
- [2 Département Communication du CHU MARTINIQUE , «CHU de Martinique,» CHU
0] MARTINIQUE, 01 Janvier 2021. [En ligne]. Available: www.chu-martinique.fr/le-
chum/presentation-du-chu-de-martinique-2/. [Accès le 10 Avril 2023].
- [2 Département Communication du CHU MARTINIQUE , «CHU de Martinique CRÉATION DU
1] GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EN MARTINIQUE,» CHU DE
MARTINIQUE, 15 Février 2023. [En ligne]. Available: www.chu-martinique.fr/creation-du-
groupement-hospitalier-de-territoire-en-martinique/. [Accès le 10 Avril 2023].
- [2 M. ZACHARIE, *Séquence pédagogique : "Gestion Hospitalière"*, Créteil, 2023.
2]
- [2 Département de communication CHU de Martinique, «PÔLE FEMME MÈRE ENFANT DE
3] TERRITOIRE,» CHU de Martinique, 1 Janvier 2021. [En ligne]. Available: www.chu-
martinique.fr/professionnels/pole-femme-mere-enfant-de-territoire/. [Accès le 10 Avril 2023].
- [2 Société Editions Larousse, «LAROUSSE,» Société Edition Larousse, 2008. [En ligne]. Available:
4] www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parcours/58092#:~:text=Itinéraire%20à%20suivre%20ou%20
0trajet,Le%20parcours%20d'un%20autobus.&text=2.,sa%20confection%20à%20sa%20parution..
[Accès le 10 Avril 2023].
- [2 A. N. d. à l. P. C. n. d. s. p. l. D. à l. s. d. s. d. s. (. Agences Régionales de Santé et l. D. g. de,
5] «Lexique des parcours de A à Z,» Janvier 2016. [En ligne]. Available: sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-
11_lexique_vf.pdf. [Accès le 23 Avril 2023].
- [2 É. Féry-Lemonnier, «Parcours de santé : enjeux et perspectives,» *Actualités de Santé Publique* , p. 60,
6] Septembre 2014.
- [2 Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie, «Promouvoir la continuité des parcours de vie ; d'une
7] responsabilité collective à un engagement partagé",» Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,
2012.
- [2 Unité de maintien et de retour à domicile , «Parcours de vie, parcours de santé et parcours de soin,»
8] URMAD, 25 Juin 2021. [En ligne]. Available: www.urmad.fr/parcours-de-vie--parcours-de-sante-et-
parcours-de-soin_ad204.html. [Accès le 10 Avril 2023].

- [2 Haute Autorité de Santé, «Parcours de soins - Questions/ Réponses,» HAS, 2012.
9]
- [3 Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, «LOI n° 2016-41 du 26 janvier
0] 2016 de modernisation de notre système de santé,» 27 Janvier 2016. [En ligne]. Available:
www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641. [Accès le 10 Avril 2023].
- [3 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, «Hospitalisation
1] conventionnelle,» 13 Janvier 2021. [En ligne]. Available: drees.solidarites-
sante.gouv.fr/hospitalisation-conventionnelle. [Accès le 10 Avril 2023].
- [3 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, «Les établissements de santé
2] Edition 2021,» 27 Juillet 2021. [En ligne]. Available: drees.solidarites-
sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021. [Accès le
10 Avril 2023].
- [3 Institut Français expérience patient, «"L'expérience patient", de quoi parle-t-on?,» 01 Janvier 2016.
3] [En ligne]. Available: <https://experiencepatient.fr/experience-patient>. [Accès le 12 Avril 2023].
- [3 MOURRE, *La place du patient dans le système de santé*, Créteil, 2023.
4]
- [3 J. Arnoud, *Qualité, gestion de la qualité et questions soulevées*, Créteil, 2023.
5]
- [3 A. Fernandez, «Qu'est-ce que la roue de Deming PDCA?,» 16 Juin 2022. [En ligne]. Available:
6] www.piloter.org/qualite/roue-de-deming-PDCA.htm. [Accès le 15 Avril 2023].
- [3 Haute Autorité de Santé, «IQSS-eSatis: mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients
7] hospitalisés,» 16 Mars 2023. [En ligne]. Available: [www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-
mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](http://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises). [Accès le 22 Avril 2023].
- [3 Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «Risques psychosociaux et stress au travail,»
8] 30 Septembre 2022. [En ligne]. Available: [https://osha.europa.eu/fr/facts-and-figures/osh-pulse-
occupational-safety-and-health-post-pandemic-workplaces](https://osha.europa.eu/fr/facts-and-figures/osh-pulse-occupational-safety-and-health-post-pandemic-workplaces). [Accès le 11 Mai 2023].
- [3 B. J. B. A. Z. M. Clot Y., *Le prix du travail bien fait*, La Découverte, 2021.
9]
- [4 Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, «Accord national interprofessionnel du
0] 19 Juin 2013 "Qualité de vie au travail",» 22 Février 2019. [En ligne]. Available: [www.anact.fr/accord-
national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail](http://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail). [Accès le 22 Avril
2023].
- [4 Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social, «Arrêté du 15 avril 2014 portant extension d'un
1] accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de
l'égalité professionnelle,» 23 Avril 2014. [En ligne]. Available:
www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000028867633. [Accès le 22 Avril 2023].
- [4 Haute Autorité de Santé, «Qualité de vie au travail,» 11 Septembre 2017. [En ligne]. Available:
2] www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail. [Accès le 22 Avril 2023].
- [4 Haute Autorité de Santé et Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, «Dix
3] questions sur la qualité de vie au travail,» 01 Janvier 2015. [En ligne]. Available: [www.has-
sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf). [Accès le 22 Avril
2023].

- [4 M. Bejean, *Séquence pédagogique Le financement des dépenses de santé*, Créteil, 2023.
4]
- [4 C. Andréoletti, «La tarification des établissements de santé,» 04 Avril 2022. [En ligne]. Available:
5] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf. [Accès le 23 Avril 2023].
- [4 Le Conseil de la République , «Décret n°54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement
6] d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance.» 01 Janvier 2021. [En ligne]. Available: www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000492230. [Accès le 23 Avril 2023].
- [4 Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, «Décret n° 2016-1644 du 1er décembre 2016 relatif à
7] l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire.» 03 Décembre 2016. [En ligne]. Available: www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033519195. [Accès le 24 Avril 2023].
- [4 Ordre des Sages-femmes, «Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes,» Conseil National de
8] l'Ordre des Sages-Femmes, [En ligne]. Available: www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/. [Accès le 24 Avril 2023].
- [4 Union des Sages-Femmes libérales de la Martinique,, *Annuaire des Sages-Femmes et maéuticiens libéraux*,
9] Fort-de-France, 2021.
- [5 S. L. FRANCOIS-EUGENE, *Réseau Santé Périnatal Matnik*, Le Lamentin: Réseau Santé Périnatal Matnik,
0] 2022.
- [5 Haute Autorité de Santé,, «Protocole de coopération entre professionnels de santé,» 04 Juin 2021. [En
1] ligne]. Available: www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante. [Accès le 24 Avril 2023].
- [5 Ministère des solidarités et de la Santé, «Ma santé 2022 : un engagement collectif,» Service Presse
2] Ministère des solidarités et de la Santé, Paris, 2018.
- [5 M. Liendle, «"Vulnérabilité",» Association de Recherches en Soins Infirmiers , Toulouse, 201.
3]
- [5 La Fédération Hospitalière de France , «Rapport FHF " Renforcer le lien ville- hôpital" - Mars 2018,»
4] Direction des Affaires juridiques-Assistance des Hôpitaux de Paris, Paris, 2018.
- [5 M. B. B. Baraton, «Les établissements de santé - édition 2021,» Direction de la recherche, des études,
5] de l'évaluation et des statistiques, Paris , 2021.
- [5 B. M. d. l. S. Kouchner, «LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la
6] qualité du système de santé (1),» 05 Mars 2002. [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/texte>. [Accès le 18 Avril 2023].
- [5 D. Letourneau, Interviewee, *Séquence pédagogique Politiques de santé*. [Interview]. Novembre 2022.
7]
- [5 J. DUMOND, Interviewee, *Séquence pédagogique "Transformer les organisations de Santé"*. [Interview]. 28
8] Novembre 2022.
- [5 Ministère des solidarités et de la santé, «LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et
9] à la transformation du système de santé,» 26 Juillet 2019. [En ligne]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2019/7/26/0172>. [Accès le 18 Avril 2023].

- [6 Ministère de l'emploi et de la solidarité, «Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et mo.» 10 Octobre 1998. [En ligne]. Available: www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000756322/. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 Ministère du travail et des affaires sociales, «Accord tripartite Hospitalisation à temps partiel médecine 1] - obstétrique,» 14 Mars 1996. [En ligne]. Available: www.legifrance.gouv.fr. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 Organisation Internationale de normalisation, «Système de management de la qualité - Principes 2] essentiels et vocabulaire,» Décembre 2000. [En ligne]. Available: www.iso.org/fr/standard/29280.html. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 Association Nationale des Cadres de Santé , «Référentiel d'activités et de compétences,» Association 3] Nationale des Cadres de Santé, 01 Janvier 2012. [En ligne]. Available: www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 P. Bourret, «Notes de lecture,» 01 Mars 2010. [En ligne]. Available: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales->. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 C. Tcheng, Interviewee, *Séquence pédagogique "Les fondations de la stratégie"*. [Interview]. 04 Octobre 2022. 5]
- [6 G. Deslandes, «Le management éthique,» 12 Mai 2020. [En ligne]. Available: <https://www.cairn.info/le-management-ethique--9782100570508.htm>. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 M. F. ESTEVE, Interviewee, *Séquence pédagogique "Affirmer son leadership"*. [Interview]. 28 Octobre 2022. 7]
- [6 B. Benque, «Quel positionnement pour le cadre supérieur de santé en GHT?,» 27 Mars 2017. [En 8] ligne]. Available: www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/les-postures-du-bon-cadre-superieur-de-sante-en-ght. [Accès le 18 Avril 2023].
- [6 Organisation internationale de normalisation, «ISO1006:2017 Management de la qualité-Lignes 9] directrices pour le management de la qualité dans les projets,» Organisation internationale de normalisation, Novembre 2017. [En ligne]. Available: www.iso.org/fr/standard/70376.html. [Accès le 23 Avril 2023].
- [7 J. Bertin, «L'approche projet et la recherche en langues : quels enjeux?,» 15 Février 2012. [En ligne]. 0] Available: <http://journals.openedition.org/apliut/3128>. [Accès le 18 Avril 2023].
- [7 M. s. SPIP, «Qu'est-ce qu'un projet ?,» Mon site SPIP, 26 Septembre 2007. [En ligne]. Available: 1] <http://asset.free.fr/>. [Accès le 24 Avril 2023].
- [7 H. Marchat, *Le kit du chef de projet*, France : Groupe Eyrolles , 2015. 2]
- [7 Organisation internationale de normalisation, «ISO 9001:2015 Systèmes de management de la qualité 3] — Exigences,» Organisation internationale de normalisation, Septembre 2015. [En ligne]. Available: www.iso.org/fr/standard/62085.html. [Accès le 18 Avril 2023].
- [7 P. Farnault, Interviewee, *Séquence pédagogique "Tableau du cadre de proximité- Un outil de gestion et d'aide à la 4] performance"*. [Interview]. 26 Avril 2022.
- [7 M. Esteve, Interviewee, *Séquence pédagogique "La boîte à outils"*. [Interview]. 27 Octobre 2022. 5]

- [7 P. D. Farnault, Interviewee, *Séquence pédagogique "Le Projet Managérial"*. [Interview]. 03 Octobre 2022. 6]
- [7 X. Marchand, Interviewee, *Séquence pédagogique "Installer un principe de subsidiarité dans les organisations de travail"*. [Interview]. 21 Avril 2023.
- [7 P. Colletterte, «Le changement organisationnel. Théorie et pratique,» 1997. [En ligne]. Available: 8] <https://books.google.fr>. [Accès le 18 Avril 2023].
- [7 Société Larousse, «communication,» 2008. [En ligne]. Available: 9] www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561. [Accès le 24 Avril 2023].
- [8 L. Lewis, «Advice on Communicating During Organizational Change: The Content of Popular Press 0] Books,» Avril 2006. [En ligne]. Available: <https://journals.sagepub.com/>. [Accès le 24 Avril 2023].
- [8 P. L. Colletterte, «A successful IT change in a police service,» 17 Février 2007. [En ligne]. Available: 1] www.tandfonline.com. [Accès le 24 Avril 2023].
- [8 B. C. Fernagu Oudet S., (R)evolution du management des ressources humaines des compétences aux 2] capacités, Presses Universitaires du Septen-Trion, 2016.
- [8 Dictionnaire médical, «Gynécologie,» Dictionnaire médical, Janvier 2015. [En ligne]. Available: 3] www.dictionnaire-medical.fr/definitions/821-gynecologie/. [Accès le 18 Avril 2023].
- [8 Code de la Santé Publique , «Titre V: Profession de sages-femmes article L4151-1 à L4152-9,» 27 4] Janvier 2016. [En ligne]. Available: www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc. [Accès le 25 Avril 2023].
- [8 Association nationale pour la formation permanente du personnel, «Psychologue référentiel,» [En 5] ligne]. Available: <https://metiers.anfh.fr/metiersanhf>. [Accès le 25 Avril 2023].
- [8 Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, «Diététicienne 6] Référentiel,» [En ligne]. Available: <https://metiers.anfh.fr/metiersanhf>. [Accès le 25 Avril 2023].
- [8 Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, «Assistant (e) 7] social(e),» [En ligne]. Available: <https://metiers.anfh.fr/10F40>. [Accès le 28 Avril 2023].
- [8 M. Paul, «L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique.L'exemple de l'éducation 8] thérapeutique du patient,» Septembre 2012. [En ligne]. Available: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>. [Accès le 28 Avril 2023].
- [8 D. B. Autissier, Les stratégies de changement, Stratégies et management, 2012. 9]
- [9 Collège national des gynécologues et obstétriciens français, «Rupture prématurée des membranes 0] avant terme,» 07 Décembre 2018. [En ligne]. Available: http://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/rpc_rupture-prematuree-des-membranes-avant-terme/. [Accès le 02 Mai 2023].
- [9 M. B. P. Chamagne, «Prise en charge du retard de croissance intra-utérin en France : enquête auprès 1] des centres hospitalo-universitaires et maternités de type III,» Octobre 2021. [En ligne]. Available: www-sciencedirect-com.ezproxy.u-pec.fr. [Accès le 02 Mai 2023].
- [9 Fédération française des diabétiques , «Qu'est-ce que le diabète?,» Fédération française des diabétiques 2] , [En ligne]. Available: www.federationdesdiabetiques.org. [Accès le 02 Mai 2023].

[9 Organisation mondiale de la santé, «Diabète,» Organisation mondiale de la santé, 05 Avril 2023. [En
3] ligne]. Available: www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes. [Accès le 02 Mai 2023].

[9 Le Manuel MSD, «Pré-éclampsie et éclampsie,» Le Manuel MSD, Novembre 2022. [En ligne].
4] Available: www.msmanuals.com. [Accès le 02 Mai 2023].

[9 Réseau Enfance, «La précarité,» [En ligne]. Available: <https://documentation.reseau-enfance.com>.
5] [Accès le 05 Mai 2023].

[9 J. Arnoud, Interviewee, *Risque et gestion du/ des risques*. [Interview]. 28 Septembre 2012.
6]

[9 M. Bejean, Interviewee, *Séquence pédagogique "L'innovation en santé"*. [Interview]. 08 Février 2023.
7]

[9 ARS ILE-DE-FRANCE , «Article 51 : Innovation organisationnelle,» ARS ILE-DE-FRANCE, [En
8] ligne]. Available: www.iledefrance.ars.sante.fr. [Accès le 10 Mai 2023].

[9 Maillet, Interviewee, *Séquence pédagogique "Résistance au changement"*. [Interview]. 2020.
9]

[1 A. Ouersighni, Interviewee, *Séquence pédagogique "Les résistances au changement"*. [Interview]. 12 Janvier
00 2022.
]

[1 Société Larousse , «Frein,» Société Larousse, 2008. [En ligne]. Available:
01 www.larousse.fr/dictionnaires/francais/frein/. [Accès le 12 Mai 2023].
]

[1 S. Dolan, *Psychologie du travail et des organisations*, Gaétan Morin , 1996.
02
]

[1 D.-D. Autissier, *Conduite du changement : concepts clés*, Clamecy: Dunod, 2018.
03
]

[1 Durand-Zaleski, Interviewee, *Evaluation des organisations soignantes*. [Interview]. 10 Janvier 2023.
04
]

I. ANNEXE 1 – LETTRE DE MISSION

| | | |
|--|---|---|
|  CHU de Martinique | <p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2022-2023</p> |  |
|--|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>Désignation du projet</p> | <p>Création d'un hôpital de Jour d'Obstétrique et Coordination des intervenants ville - hôpital en charge des grossesses à risque.</p> |
| <p>Commanditaire</p> | <p>Mr Le Directeur Général du CHU Martinique : Mr LE BRIERE J. Mme La Directrice des Affaires Générales : Mme CALAIS A. Mme La Directrice référente de Pôle Femme, Mère et Enfant : Mme FROUX A.</p> |
| <p>Nom du responsable du projet</p> | <p>Mme VALERE Gwladys Sage-femme des hôpitaux premier grade exerçant au Bloc Obstétrical et Urgences Gynéco-Obstétriques</p> |
| <p>Missions du responsable de projet</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Recenser les populations cibles - Définir les indications d'HDJ - Evaluer les ressources humaines, matériels, logistiques et financières - Adapter les ressources à la future activité - Optimiser le parcours hospitalier des patientes - Evaluer répercussion sur DMS, flux des patientes aux UGO - Travailler en collaboration avec équipe médicale - Faire état des lieux de la coordination ville - maternité - Etablir communication avec réseau périnatal - Monter programme de formation à l'attention des sages - femmes libérales - Réunir les équipes pluridisciplinaires - Communiquer sur l'évolution du projet à la Direction Générale, à la Direction des Affaires Générales, à la Direction du Pôle Femme, Mère et Enfant - Créer des fiches de traçabilité de transmissions à l'attention des sages - femmes libérales - Coordonner réunions de synthèse - Engager des actions d'amélioration envers |



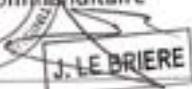
CHU de Martinique

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2022-2023



FACULTÉ
DE SANTÉ



| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Présentation au bureau de Pôle, au Comité de Direction - <p>Moyen terme (2^{ème} semestre)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussions, validations du budget - Ajustement du projet en vue de sa mise en œuvre <p>Long terme (12 mois maxi 24 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du projet |
| Documents de référence | <ul style="list-style-type: none"> - Projet établissement - Projet médical - Projets de soins - Certification - Politiques de Santé Publique |
| Date : | |
| Signature du commanditaire   J. LE BRIERE | Signature du responsable de projet  |
| Avis favorable Docteur O. FLECHELLES  Chef de Pôle |  Docteur M. JEAN LAURENT Docteur Mehdi JEAN LAURENT RPPS 1310 0029072 Mehdi.jean-laurent@chu-martinique.fr N° Finess: 970211207 Chef de Service Madame LEBIL  16/01/2023 Cadre de Santé |

II. ANNEXE 2

FICHE PROJET

| |
|--|
| <p>NOM VALERE Gwladys</p> <p>INTITULE du projet managérial : Création d'un hôpital de jour d'obstétrique à la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant.</p> |
| <p>CONTEXTE D'EMERGENCE :</p> <ul style="list-style-type: none">- Seule maternité de type 3 de l'île- Indicateurs de santé périnatale défavorables- Facteurs psycho-sociaux (précarité)- Rupture de parcours de soins- Tension hospitalière- Mésusage réseau de ville |
| <p>REFERENCES REGLEMENTAIRES :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le décret du 14 Mars 1996 est un accord tripartite relatif à l'hospitalisation à temps partiel médecine – obstétrique. Il stipule que « <i>le champ d'application de l'accord tripartite " Hospitalisation à temps partiel en médecine et en obstétrique " concerne les structures alternatives autorisées à ces titres pour réaliser des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels ou une surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge de pathologies médicales, à l'exclusion de tout acte chirurgical</i> »- Loi du 04 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, <i>affirme le droit du malade à la dignité et au respect de sa vie privée en institution</i> [56].- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « <i>portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</i> »- Loi du 26 Janvier 2016 promeut la prévention et l'éducation pour la santé à une place centrale du système et des politiques de santé- Loi du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé « <i>Ma santé 2022</i> » a pour objectif une amélioration de la coopération des professionnels de santé au service des patient |
| <p>OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :</p> <p>L'objectif principal du projet est la création d'un hôpital de jour d'obstétrique. Il permettra la prise en charge des grossesses pathologiques en structure ambulatoire dans la seule maternité de type 3 de Martinique.</p> <p>L'objectif secondaire est de réactiver la collaboration avec les réseaux de ville tels que les sages – femmes libérales, le réseau périnatal, les obstétriciens libéraux, les centres de Protection</p> |

maternelle et infantile (PMI) dans le but d'une meilleure orientation des patientes, diminuer la ruptures des parcours de soins et recréer une pensée collective.

ACTEURS liés PROJET

Responsable en tant que chef de projet : Mme VALERE Gwladys

Acteurs impliqués : Mme CALAIS (Directrice des Affaires Générales), Mme FROUX (Directrice du Pôle Femme, Mère et Enfant), Dr CELESTIN (gynéco-obstétricien), Mme LECEFEL-LEBIL (Sage-Femme coordonnateur), Mme LAMALLE Malika (Sage-femme coordinatrice du réseau de santé périnatale)

Acteurs concernés : Médecins de spécialité autre qu'obstétrique, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes.

CALENDRIER PREVISIONNEL: Voir le GANTT mis en annexe 3

MOYENS : Aucun budget alloué spécifiquement pour l'instant. (Estimation prévue sous forme de budget médico-économique)

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- **COFIL :** Mme CALAIS, Mme FROUX et Mme VALERE
- **Groupes de travail :** les différents intervenants se réunissent en groupe de travail pour proposer un plan d'action selon leur discipline.

RESULTATS ATTENDUS :

- **A court terme :** mise en place de l'HDJ d'obstétrique
- **A moyen terme :** diminution de la tension hospitalière ; augmentation de l'activité de l'HDJ d'obstétrique ; amélioration des relations ville-hôpital suivi des indicateurs)
- **A long terme :** innovations organisationnelles grâce aux bénéfices financiers de l'HDJ d'obstétrique

VALIDATION :

- A chaque étape par l'équipe COFIL

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs choisis grâce à des objectifs SMART.

Indicateurs de suivi : structure, performance, qualité, RH

REFERENCES UNIVERSITAIRES

- M.J. ESTEVE, « La boîte à outils du cadre » de l'ECUE 6.3 : Les outils du cadre de santé
- Evaluation des organisations soignantes » avec Mme DURAND-ZALESKI dans l'ECUE 6.1 : Management stratégique
- « La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail » avec Mr X. MARCHAND dans l'ECUE 7.1 : Transformer les relations humaines et sociales
- BEJEAN dans l'ECUE 5.2 « La transformation des organisations de santé
- DUMOND dans l'ECUE 5.2 Transformer les organisations de santé

| | |
|--|---|
| Création d'un hôpital de jour d'obstétrique à la Maison, de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME). | |
| AUTEUR Gwladys VALERE | |
| MOTS CLÉS : <i>Hôpital de jour, tension hospitalière, collaboration, femmes enceintes, innovation</i> | KEY WORDS : <i>Day hospital, hospital tension collaboration, pregnant women, pathway, innovation</i> |
| RESUME | |
| <p>En Martinique, la MFME est la seule maternité de type 3 de l'île. Cette situation entraîne une saturation des urgences gynéco-obstétriques et une mise en tension des services. Au vu de la tension hospitalière qui en résulte, des indicateurs de périnatalité défavorables et des données socio-démographiques, la nécessité d'améliorer le parcours des femmes enceintes est devenue la priorité du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique.</p> <p>En ce sens, l'objectif principal du projet managérial a pour mission de répondre à une demande institutionnelle de création d'une structure ambulatoire au sein de la maternité. L'objectif secondaire est de réactiver la collaboration avec les réseaux de ville.</p> <p>Afin de mener correctement ma conduite de projet en tant que chef de projet, je m'inspire de la méthodologie d'Hugues MARCHAT.</p> <p>Cette méthodologie se déroule en trois phases : PREPARER-PILOTER-PROGRESSER.</p> <p>Durant la phase préparatoire, je dresse un état des lieux, j'identifie une population cible, le parcours patient ainsi que les différents acteurs. J'assure la communication sur l'évolution du projet et je coordonne les axes de travail des différents groupes de travail constitués. La communication avec le commanditaire est assurée par une réunion mensuelle au cours de laquelle l'avancement du projet est transmis et les étapes sont validées.</p> <p>La phase de pilotage est ralentie du fait de la fermeture de la maternité de type 1 du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique et de l'organisation qui en découle. Cela provoque un léger infléchissement de la mobilisation de certaines parties prenantes du projet managérial. Toutefois, les autres acteurs restent motivés et la pensée collective continue pour le bien commun.</p> <p>La phase de progression s'évaluera une fois le projet livré. Grâce à des objectifs SMART, les indicateurs choisis permettront d'évaluer et surtout de faire progresser cette transformation organisationnelle.</p> <p>Ce changement organisationnel coconstruit sera une réalité collective. Cette innovation sera en faveur de la périnatalité martiniquaise et pour la Martinique de demain.</p> | |
| ABSTRACT | |
| <p>In Martinique, the MFME is the only type 3 maternity hospital on the island. This situation leads to a saturation of gynaeco-obstetric emergencies and a tension in the services. In view of the resulting hospital tension, unfavourable perinatal indicators and socio-demographic data, the need to improve the care of pregnant women has become a priority for the University Hospital Centre of Martinique.</p> <p>In this sense, the main objective of the management project is to respond to an institutional request to create an outpatient structure within the maternity hospital. The secondary objective is to reactivate the collaboration with the city networks.</p> <p>In order to properly conduct my project as project manager, I am inspired by Hugues MARCHAT's methodology.</p> <p>This methodology consists of three phases : PREPARE-PILOT-PROGRESS.</p> <p>During the preparatory phase, I draw up an inventory, I identify a target population, the patient pathway and the various players. I ensure communication on the project's progress and coordinate the work of the various working groups. Communication with the sponsor is ensured by a monthly meeting during which the progress of the project is transmitted and the stages are validated.</p> <p>The steering phase was slowed down by the closure of the type 1 maternity unit at the University Hospital of Martinique and the resulting organisation. This caused a slight downturn in the mobilisation of certain stakeholders in the management project. However, the other actors remain motivated and collective thinking continues for the common good.</p> <p>The progress phase will be assessed once the project has been delivered. Thanks to SMART objectives, the chosen indicators will make it possible to evaluate and, above all, to advance this organisational transformation.</p> <p>This co-constructed organisational change will be a collective reality. This innovation will be in favour of Martinique's perinatality and for the Martinique of tomorrow.</p> | |