



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

Projet Managérial : GML'Hdj
Globaliser-Moderniser-Liker l'Hdj
ECUE 7.2
Patrick FARNAULT & Gilles DESSERPRIT

MOULLÉ Marie-Pollen
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

Il sera banal de dire que cette année fût riche et dense, apprenante et difficile, passionnante et terrifiante. Il sera aussi banal de dire que je n'y suis pas arrivée seule mais accompagnée, voir tenue, par ceux que je souhaite remercier ici, sincèrement, humblement.

« Mes amis du M2 », Beatriz, Jessica, Cyril, Thierry et Xavier. Le rassemblement a été instantané et instinctif, chacun offrant ses forces, complémentaires et synergiques, à celles des autres. Notre année s'est emplies d'étonnement, de solidarité, de légèreté, de travail et d'excellence. Comme il a été bon de vous trouver et de vous retrouver à chaque session et comme je souhaite vous garder, au-delà d'un réseau, à proximité. La vie professionnelle n'en sera que plus facile.

Mon conjoint, Eddie, qui, plus que d'accoutumée, si cela reste possible, a supporté mon inertie domestique. Mais surtout, merci pour ton regard, celui qui croit en moi.

Caroline, pour notre amour inconditionnel et sa relecture patiente.

Mon binôme cadre, Sylvie, qui a compensé avec courage mes absences. Ta loyauté et nos « coopérations conflictuelles » sont essentielles.

Mon commanditaire, qui m'a apporté sa confiance et son étayage.

Ces remerciements ne sont pas exhaustifs. Et parce qu'il n'y a parfois pas besoin de mot, d'autres personnes chères sauront se reconnaître dans leur accompagnement, précieux, tout le long de cette traversée.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	4
Introduction	5
1 Des enjeux de Santé Publique au rôle de Gustave Roussy, de l'impact de la modification du rapport au travail à la naissance de mon projet managérial..	8
1.1 De la politique territoriale à la Stratégie décennale de lutte contre le cancer	9
1.2 Gustave Roussy, acteur majeur de la lutte contre le cancer	11
1.2.1 Quelques chiffres	11
1.2.2 Un Programme Stratégique Institutionnel souhaitant répondre aux défis sociétaux	13
1.2.3 Une organisation par Départements et Comités.....	13
1.2.4 L'Hôpital De Jour oncologique et hématologique, service clé.....	15
1.3 Consentement au travail et responsabilité managériale.....	17
1.4 Comment maintenir une prise en charge de qualité et augmenter l'attractivité professionnelle dans un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose ?.....	19
2 Gestion du projet, phase 1 : de l'état des lieux précis au cadrage circonstancié	21
2.1 Fonctionnement de l'HDJ : les sites, l'activité, le parcours patients, la CPC partenaire essentiel, les situations de travail rencontrées	21
2.1.1. L'HDJ dissocié : 2 sites, 2 spécialités, 2 gouvernances	22
2.1.2. Maintien puis renforcement de l'activité	24
2.1.3. Le parcours patient basé sur l'anticipation et la préparation de la venue	26
2.1.4. La Centrale de Préparation des Chimiothérapies, partenaire essentiel et impactant.....	29
2.1.5. Les situations de travail rencontrées : variables selon les sites.....	31
2.2 Etat des lieux RH : peine à la stabilisation des équipes et déséquilibre de compétences.....	32
2.2.1 Maquettes RH de l'HDJ définies sous 3 gouvernances, inégales	32
2.2.2 La diminution des ressources infirmières	33
2.2.3 Démographie IDE GR1 & GR2 : profils distincts et expériences discordantes	36

2.2.4 L'absentéisme, la maladie et les accidents du travail jugés non spécifiques au service.....	38
2.2.5 L'impact de la diminution des ressources infirmières sur les remplacements et les compétences disponibles	40
2.3 L'environnement et les conditions de travail, éléments de la qualité de vie au travail41	
2.3.1. Analyse du « travail réel » : l'intervention de l'ergonome	41
2.3.2. Etude des Evènements Indésirables 2022 et PAQSS : objectif d'amélioration du circuit du médicament et de la charge de travail ressentie...	44
2.3.3. La satisfaction au travail comme critère d'évaluation de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins : questionnaire d'évaluation.....	45
3 Conduite du projet, phase 2 : des pistes d'amélioration aux pistes d'innovation, identification des zones d'incertitudes, conduite du changement par l'implication des professionnels concernés et analyse stratégique	48
3.1 Présentation des actions retenues : amélioration, optimisation et innovation	49
3.1.1. Les pistes d'amélioration : développer les activités soignantes sur le parcours patients par la mise en place des consultations infirmières et gagner en ergonomie et en pertinence des soins	49
3.1.2. Les pistes d'optimisation : Refondre le management GR1- GR2	51
3.1.3. Les pistes d'innovation : Attirer les « bons » profils et stabiliser les équipes en proposant 2 types d'horaires sur un même site	52
3.2 Zones d'incertitudes et grille d'analyse des risques.....	53
3.3 Lever des freins culturels : modifier les comportements pour changer les attitudes	54
3.3.1 Benchmarking : découverte d'une organisation différente et appropriation du « mieux »	55
3.3.2 Expérience Cassandré : transformation des critiques négatives en actions positives	56
3.3.3 Les attentes et la satisfaction du patient comme objectif commun signifiant	57
3.4 Faire face aux freins politiques : rapport de force	58
3.5 Zoom sur le projet « horaire » : étude stratégique et co-construction	59
3.5.1. Analyse stratégique d'amont : PEST - SWOT - FCS	59
3.5.2. Co-construction du Projet « horaires mixtes »	61

4	Gestion du projet, phase 3 : évaluation, critique et perspectives	68
4.1	Les indicateurs du projet : objets d'évaluation et de communication.....	68
4.1.1.	Indicateurs définis et leur destination.....	68
4.1.2.	Indicateurs disponibles au 31/03/2023 : implication des équipes, augmentation et diversification de l'activité, diminution des temps d'attente ..	70
4.2	Critique par auto-évaluation : soutien hiérarchique, méthodologie, sous-estimation des enjeux politiques	73
4.3	Le plaisir au travail et les perspectives pour demain.....	75
	Conclusion	77
	Bibliographie	79
	Table des annexes	

Liste des abréviations

ANAP *Agence Nationale d'Appui à la Performance*

AS *Aide-Soignant, Aide Soignant-e*

AT *Accident du Travail*

CEP *Collectif Experience Patient*

CLCC *Centre de Lutte Contre le Cancer*

CPC *Centrale de Préparation des Chimiothérapie*

CSS *Cadre Supérieur de Santé*

DIOPP *Département Interdisciplinaire d'Organisation des Parcours Patients*

DITEP *Département d'Innovations Thérapeutiques - Essais Précoces*

DMO *Département de Médecine Oncologique*

DRH *Direction des Ressources Humaines*

DSI *Directrice des Soins Infirmiers*

EI *Evénement Indésirable*

ESPIC *Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif*

ET *Essai Thérapeutique, Essai Thérapeutique*

FCS *Facteurs Clés de Succès*

GEPP *Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels*

HAD *Hospitalisation A Domicile*

IDE *Infirmier-e Diplomé-e d'Etat, Infirmier-e Diplomé-e d'Etat*

IDEC *Infirmière de Coordination*

IDEP *Infirmière Diplômée d'Etat Principale*

IDF *Ile De France*

IPA *Infirmière de Pratique Avancée, Infirmier en Pratique Avancée*

OTT *Organisation du Temps de Travail*

PAQSS *Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins*

PEST *Analyse macro-environnementale Politique Economique Socio-culturelle et Technologique*

PNM *Personnel Non Médicaux*

PRS *Programme Regional de Santé, Plan Régional de Santé*

PSI *Plan Stratégique Institutionnel*

QVT *Qualité de Vie au Travail*

RCP *Réunion de Concertation Pluridisciplinaire*

RDV *Rendez-Vous*

RH *Ressources Humaines*

SMA *Secrétaire Medico-Administrative*

SWOT *Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats (Forces - Faiblesses - Opportunité - Menaces)*

VUCA *Vulnérable Uncertain Complexe Ambigu*

« Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme est de volonté »

Alain, *Propos sur le bonheur*, p211

Introduction

Je suis Cadre de Santé au sein de Gustave Roussy depuis novembre 2017. D'abord en service d'hospitalisation conventionnelle puis en Hôpital De Jour (HDJ) de médecine oncologique. Durant ces 6 années, j'ai développé et démontré mes capacités d'adaptation, mes compétences managériales en termes de gestion d'équipe, d'accompagnement, de réactivité face à la nécessaire transformation de nos organisations en lien avec leurs contraintes fluctuantes et grandissantes. J'ai également gagné la confiance de mes encadrements successifs et de mes différents chefs de service. Intégrer spécifiquement l'HDJ m'a permis d'aiguiser ma vision transversale et d'établir des liens forts avec les services annexes (pharmacie, Bureau des Opérations Cliniques). L'ensemble de ces qualités ne semblait plus (me) suffire pour répondre aux difficultés rencontrées.

Aujourd'hui nos services et plus globalement, notre système de santé, subissent les contraintes humaines (manque d'attractivité, manque de ressources, risques psychosociaux, défis des nouvelles générations) qui semblent s'opposer aux exigences financières dudit système ou, plus gravement, à la préservation de son offre de soins. En exemple, et c'est celui qui nous intéressera tout le long de ce mémoire, l'HDJ subit une perte majeure d'effectifs infirmiers à l'été 2021, aboutissant à une diminution de 30% de son activité.

Ce travail, fruit de ma formation en Master 2 Management des Organisations Soignantes, est un exercice de réflexion et d'actions tourné vers cette problématique. Je l'ai construit avec optimisme. Optimisme dont je cherchais à retrouver les sources et les ouvertures en intégrant ce cursus universitaire. Ce mémoire se compose de quatre parties, la première peint le contexte général dans lequel s'inscrit ce projet. Les trois autres en décrivent la gestion. Elles se déroulent d'octobre 2022 à mars 2023.

Le premier chapitre ancre donc le projet dans son contexte général. J'y évoquerai, en préambule, les politiques territoriales et les objectifs de Santé Publique de lutte contre le cancer. L'Agence Régionale de Santé projette une augmentation de 15% de l'incidence des cancers et de 21% du nombre de décès sur les 10 prochaines années. La continuité et l'égalité d'accès aux soins sont les axes nationaux sensibles. Ensuite, je décrirai succinctement Gustave Roussy, acteur majeur de l'offre de soins aux patients atteints de cancer. Je présenterai quelques chiffres d'activité, son Programme Stratégique Institutionnel, son organisation générale et j'introduirai la spécificité de son Hôpital De Jour (HDJ). Spécifique par sa taille et par sa présence sur deux sites géographiques, il souffre comme d'autres, de la raréfaction de son personnel soignant. Puis, interrogation contemporaine et objet de tous nos tourments, j'aborderai la question de la modification du rapport au travail faisant état d'un « consentement au travail » qui engage la responsabilité du management. Ces éléments nous mèneront à la naissance de mon projet managérial qui tentera de

répondre à cette question : **Comment maintenir une prise en charge de qualité et augmenter l'attractivité professionnelle d'un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose ?** En l'état, la commande que j'ai reçue du Directeur des Opérations de Gustave Roussy en octobre 2022, est de **Moderniser la gestion des ressources humaines et les organisations soignantes de l'HDJ pour garantir un accès pour tous à des soins de haute qualité.** Ce projet prend le nom de **GML'Hdj** (prononcer « *J'aime l'Hdj* ») pour **Globaliser-Moderniser-Liker l'Hdj.**

La deuxième partie de ce mémoire est la phase initiale du projet. Elle comporte l'état des lieux précis du service : fonctionnel, humain et organisationnel. Pour cela, je fais appel à plusieurs partenaires : responsable des Ressources Humaines (RH), secrétaire de Direction, ergonomiste de l'établissement, psychologue du travail et référente qualité. Pour commencer, la présentation du fonctionnement de l'HDJ, via la description des sites et de leur gouvernance, les résultats d'activité, la description du parcours patient, la présentation de la Centrale de Préparation des Chimiothérapies (CPC) et l'exposition des situations de travail rencontrées, démontrera une distinction d'activité et de charge de travail entre les deux sites de l'HDJ en lien avec des contraintes logistiques et une double gouvernance. Ensuite, l'évaluation des RH observant les maquettes organisationnelles, la diminution des ressources IDE, la démographie IDE en fonction des sites, l'absentéisme ainsi que les compétences disponibles fera principalement ressortir un « déséquilibre des forces ». En effet, sur un site, nous trouvons des IDE expérimentées dans une équipe stable prenant en charge des patients « plus faciles » et, sur l'autre, des IDE dépourvues d'expérience confrontées à des prises en soins plus complexes. Pour finir, l'étude des conditions de travail, définies ici comme vecteur de qualité du travail et de vie au travail, passera, en premier lieu, par l'analyse du « travail réel », puis par le recensement des Evénements Indésirables (EI) déclarés. Ceux-ci rapportent essentiellement des incidents en lien avec l'activité de soins et la charge de travail. Cette dernière partie se conclura par l'évaluation de la satisfaction au travail des équipes de l'HDJ qui objective un ressenti « moyen à bon » et un sentiment d'implication moindre dans les projets de la part des collaborateurs du deuxième site. Cet état des lieux explicite permet le cadrage du projet, validé par le commanditaire et communiqué aux équipes en janvier 2023.

Le chapitre suivant aborde la conduite du projet en tant que telle. Elle est réalisée à l'aide du Kit du chef de projet de Hugues Marchat (2010) et sous l'égide d'Yves Clot (professeur de psychologie au travail), de Francis Boyer (spécialiste en innovation managériale et consultant), d'Alain (philosophe) et de tous les apports pédagogiques dont j'ai pu bénéficier tout au long de cette année. Elle ambitionne d'impliquer, dès l'initiation du projet, les équipes soignantes qui sont au cœur des transformations attendues. Sa description s'articule tout d'abord autour de la présentation des actions retenues, présentées sous trois angles. Le premier, des pistes d'amélioration par le

développement des activités soignantes sur le parcours patient, le gain en ergonomie et en pertinence des soins. Le deuxième, des pistes d'optimisation par la refonte du management des deux sites de l'HDJ. Le troisième, des pistes d'innovation par la proposition d'un projet d'horaires doubles ayant à dessein d'attirer les « bons » profils soignants et de stabiliser les équipes. Ensuite, j'en exposerai les zones d'incertitudes et la gestion des risques. Je m'attarderai sur les méthodes utilisées pour lever les freins culturels prégnants. Le benchmarking qui permet de découvrir des organisations différentes et d'en garder « le mieux ». Une expérience dite « Cassandré » qui transforme les critiques négatives du projet en actions positives. La création d'un objectif commun signifiant, celui de la satisfaction patient. Pour compléter, j'exposerai la démarche choisie pour faire face aux résistances politiques menaçantes, sous-estimées. Je préciserai cette conduite de projet par une analyse stratégique et une présentation plus poussée de l'axe « innovant » du travail. En effet, l'organisation du temps de travail est aujourd'hui « le nerf de la guerre » tant pour permettre au personnel d'équilibrer vie professionnelle et vie personnelle que pour rendre attractifs nos services. Il met en jeu, entre autre, la Direction des Ressources Humaines, le service des relations sociales et du droit du travail ainsi que les partenaires sociaux.

La dernière partie de ce travail consiste bien évidemment en son évaluation. Evaluation tout d'abord par la mesure des écarts entre les résultats attendus et les résultats obtenus. Je présenterai donc les indicateurs définis : leur utilité, leur cible et leur destinataire. Et, à 5 mois de la mise en œuvre du projet, je vous soumettrai les indicateurs disponibles, qu'ils soient de structure, de processus ou de résultat. De plus, je critiquerai ce travail à l'aide d'une auto-évaluation qui objectivera le soutien de ma hiérarchie, l'application méthodologique mais aussi la sous-estimation des enjeux politiques. Enfin, je présenterai les perspectives du projet et une vision plus élargie du système et de ses enjeux permettant d'envisager des responsabilités supérieures.

Je vous souhaite une bonne lecture.

1 Des enjeux de Santé Publique au rôle de Gustave Roussy, de l'impact de la modification du rapport au travail à la naissance de mon projet managérial

Le cancer représente la première cause de décès chez l'homme et la deuxième cause de décès chez la femme (Santé Publique France, 2021). Avec 382 000 nouveaux cas par an¹, cette maladie est fréquente mais la survie augmente.

En 2015, 41% des cancers chez les plus de 30 ans sont attribués à des facteurs de risques modifiables (tabac, alcool, exposition professionnelle, etc). L'axe de la prévention est donc un enjeu majeur en termes de santé publique.

Le cancer a des répercussions psycho-sociales et financières significatives. Dans le Rapport de 2017 destiné à l'ARS, intitulé Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques, les auteurs soulignent les inégalités sociales et les disparités de territoire. En effet « *l'incidence de la plupart des cancers augmente à mesure que les niveaux d'éducation et de revenus diminuent, en particulier bien sûr pour les cancers liés au tabagisme ou aux modes de vie²* » avec une inégalité d'exposition aux facteurs de risque, d'accès au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi. Les auteurs s'interrogent sur la responsabilité du système de santé sur ces inégalités. L'objectif serait d'éviter que les conséquences de la maladie et des traitements n'aggravent les inégalités sociales, de favoriser l'accès aux soins de support et au suivi pendant les traitements. A noter que 20.9% des patients vivent sous le seuil de pauvreté au moment du diagnostic. Deux ans plus tard, ils sont 25.1%.

Les inégalités existent également sur la répartition de l'offre de soins sur le territoire où il convient de trouver des stratégies et des pratiques à la hauteur des besoins de chacun.

Nous verrons, pour commencer, que la politique territoriale ainsi que la stratégie décennale de lutte contre le cancer tentent de préciser les objectifs précités. Pour poursuivre, nous décrirons comment Gustave Roussy s'ancre dans cette politique. Nous continuerons sur l'impact du rapport au travail dans les possibilités de réponses aux enjeux de santé. Enfin, nous ouvrirons sur la problématique à l'origine du projet managérial mené.

¹ Santé Publique France, Cancers, URL <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>, [consulté le 27/11/2022 à 15h42]

² CHAUVIN P, LESIEUR S, VUILLERMOZ C, Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques, Rapport pour l'ARS, 2017, p4 URL http://www.iplesp.upmc.fr/eres/files/Plaidoyer_ISS_cancer_ARS_vfinale.pdf [consulté le 02/11/2022 à 19h27]

1.1 De la politique territoriale à la Stratégie décennale de lutte contre le cancer

Dans le Plan Régional de Santé (PRS) de l'Île De France, 2018–2022, nous pouvons lire que dans cette région ³ :

- 21 000 décès sont imputables au cancer par an soit 29% du total des décès. Un tiers survient avant 65 ans
- L'incidence est de 50 000 nouveaux cas/an
- La prévalence est de 370 000 patients

Bien que les taux de mortalité diminuent (hors cancer du poumon chez la femme), les besoins en santé de la population augmentent du fait de la démographie vieillissante et des progrès en médecine (augmentation de la survie et élargissement des indications de traitement). Ainsi, l'ARS projette une augmentation de 15% de l'incidence des cancers et de 21% du nombre de décès sur les 10 prochaines années.

Malgré une répartition inégale et des établissements en tension d'effectif, la démographie médicale dans le cancer est en augmentation mais de nombreux départs à la retraite sont prévus. Ces départs seront, de manière prévisionnelle et en partie, équilibrés par l'arrivée de nouveaux médecins d'ici 2026 ⁴ :

- Oncologues médicaux : +46% d'ici 2026
- Radiothérapeute et Hématologie : +19%
- Anatomico-cytopathologistes : -12%

Ces prévisions, incertaines, n'occulent pas les besoins en « nouveaux métiers » (Infirmière de Pratique Avancée (IPA)), en coopération et en innovation (télémédecine).

En Île de France, 141 structures accueillent les patients atteints de cancers dont 2 CLCC, 19 sites de l'AP-HP, 29 établissements généraux, 10 ESPIC et 81 établissements privés lucratifs⁵ majoritairement implantés sur Paris, Les Hauts de Seine et le Val de Marne. 84 structures sont autorisées à la pratique de chimiothérapie (-10% en 10 ans). Si la répartition des professionnels de santé dans la Région est hétérogène et provoque des inégalités en santé au sein de la population, il est important de recentrer les établissements sur leurs missions d'expertise et de favoriser les prises en charge au domicile.

D'autre part, l'augmentation des besoins et du nombre de patients inclus dans des essais cliniques ainsi que des modalités de prises en charge plus spécialisées et demandant un certain niveau d'expertise imposent un travail multidisciplinaire et la structuration du suivi au domicile.

³ Programme Régional de Santé 2018–2022, Agence Régionale de Santé de l'Île de France, p132

⁴ Idib, p133

⁵ Idib, p254

Les objectifs de santé publique ainsi fixés dans la prise en charge du cancer sont de :

- Réduire les facteurs de risques (tabac) : améliorer repérage, dépistage, prévention
- Guérir plus de malades : améliorer l'accès au dépistage, réduire les délais de prise en charge, améliorer qualité, sécurité et pertinence de prise en charge, prendre en compte la spécificité de l'âge et de la complexité médico-psychosociale, garantir l'accès à l'innovation
- Améliorer la vie pendant et après le cancer : favoriser la prise en charge au domicile, le lien ville-hôpital, l'accès soins de support
- Réduire les inégalités en santé

Comme le soulignent O.BABINET et C.ISNARD BAGNIS dans *Une crise sanitaire peut-elle générer un désert médical ?* (2021), notons que la crise Covid a spécifiquement désorganisé le dépistage, le diagnostic et les soins contre le cancer. Ainsi, le fait que les dépistages aient été suspendus en 2020, que des interventions et cures de chimiothérapie ou radiothérapie furent annulées annonce une surmortalité de 2 à 5% à cinq ans⁶.

Combattre les pertes de chance par une attention spécifique à la continuité des actions de lutte contre le cancer en période de crise fait en outre partie des axes de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030. Celle-ci définit 4 lignes majeures pour les années à venir :

- Améliorer la prévention : personnalisation de la prévention, lutte contre le tabac, l'alcool et autres conduites à risque, prévention du risque infectieux, préoccupation environnementale, prévention des cancers professionnels, dépistage
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie : accès aux essais cliniques, programme de pertinence et de désescalade thérapeutique, accès rapide à la réhabilitation fonctionnelle et à la reconstruction, soins de support, suivi personnalisé, soutien des aidants, droit à l'oubli et maintien dans l'emploi
- Lutter contre les cancers de mauvais pronostic : recherche et diagnostic précoce, fluidification des parcours et proximité
- S'assurer que les progrès bénéficient à tous : lutte contre les inégalités, la France comme acteur majeur de la scène européenne et internationale, intelligence artificielle.

Nous verrons que les missions de Gustave Roussy sont ancrées dans le territoire, rayonnent à l'international et s'inscrivent dans cette stratégie décennale.

⁶ BABINET O, ISNARD BAGNIS C, *Une crise sanitaire peut-elle générer un désert médical ?* dans *Les déserts médicaux en question(s)*. Presses de l'EHESP, « Débats Santé Social », 2021, ISBN : 9782810907595. URL : <https://www.cairn.info/les-deserts-medicaux-en-questions--9782810907595.htm>, p66

1.2 Gustave Roussy, acteur majeur de la lutte contre le cancer

Gustave Roussy est le premier centre européen de lutte contre le cancer et le troisième meilleur hôpital de cancérologie au monde. Il est un des 18 centres de Centre De Lutte Contre le Cancer de France (CLCC), Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), membres d'Unicancer. C'est un institut de soins, de recherche et d'enseignement. Les valeurs affichées sont celles de l'innovation, l'énergie, le partage et la bienveillance. Il accueille les patients atteints de tout type de cancer. 22% d'entre eux sont inclus dans un essai thérapeutique. Situé dans le Val de Marne, il bénéficiera d'un accès par Métro dès 2024 ce qui amènera de nouvelles opportunités (accès facilité pour les salariés notamment). La description succincte que j'en ferai passera tout d'abord par quelques chiffres d'activité générale, puis par les grandes lignes de son Projet Stratégique Institutionnel (PSI) et son organisation par département. Enfin, j'esquisserai l'organisation générale de l'Hôpital De Jour (HDJ), sujet au cœur du projet conduit.

1.2.1 Quelques chiffres

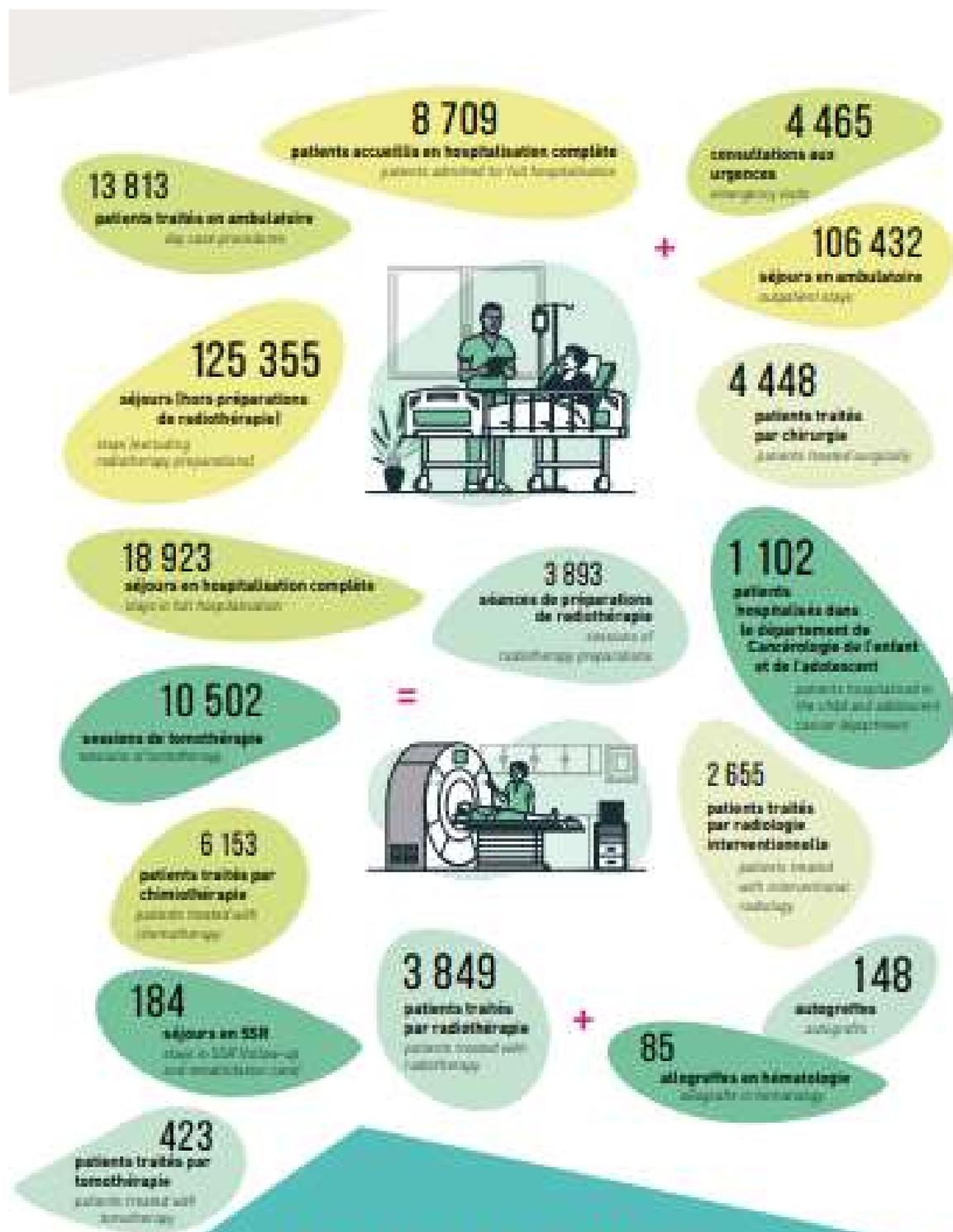
Dans le Rapport annuel 2021, nous pouvons lire que le Budget Global de Gustave Roussy est de 448,3 millions d'euros. Il compte 3000 Salariés dont 585 médecins et 1150 soignants, 1000 personnels à la recherche. Il accueille 11 261 nouveaux patients par an, enregistre 17143 hospitalisations (complètes et ambulatoires). Il dispose d'un service d'urgence.

Gustave Roussy comprend 472 lits et 135 places ambulatoires répartis sur 2 sites :

- GR1 (Villejuif) 398 lits et 106 places (médicales et chirurgicales)
- GR2 (Chevilly Larue) 74 lits et 29 places (médicales)

Le détail de l'activité de soins est résumé ci-après⁷.

⁷ Gustave Roussy, rapport annuel 2021, L'espoir de guérir le cancer à un nom, p25



LES SOINS EN CHIFFRES
Care in figures

L'ambition portée par Gustave Roussy est « *d'anticiper les transformations décisives qui vont s'opérer en oncologie au service des patients* »⁸. Le Plan Stratégique Institutionnel en est l'illustration (PSI).

1.2.2 Un Programme Stratégique Institutionnel souhaitant répondre aux défis sociétaux

Le PSI porte un nouveau schéma directeur immobilier avec la construction d'ici 2030 de nouveaux bâtiments dédiés à la prévention du cancer et à l'après cancer.

Le Plan Stratégique Institutionnel 203.0, en concordance avec la Stratégie décennale de lutte contre le cancer, vise l'ultra personnalisation des soins et s'oriente sur les axes suivants :

- Prévenir et soigner autrement : médecine prédictive et de précision
- S'appuyer sur la recherche multidisciplinaire et collaborative
- « *Transformer Gustave Roussy en un QG de la cancérologie européenne pour répondre aux défis organisationnels et structurels* »⁹.
- Renforcer le rôle des patients dans les projets de l'Institut par la création d'un Collectif Expérience Patient (CEP)
- Devenir exemplaire en matière de respect de l'environnement

Il ambitionne de :

- Donner de l'espoir à chaque patient : ultra personnalisation et intelligence artificielle, réinvention de la relation soignant-soigné, prévention du programme Interception à l'après-cancer
- Eclairer la cancérologie : recherche multidisciplinaire et collaborative, position d'acteur de Santé Publique, diffusion des connaissances
- Renforcer la « maison » Gustave Roussy : nouvelles infrastructures, management plus collaboratif redonnant du sens au métier du soin

Le PSI est décliné au sein de chaque Département de l'établissement et de manière transversale.

1.2.3 Une organisation par Départements et Comités

Le découpage des « spécialités d'organe » est établi par « comités » avec, à la tête de chacun, un Chef de comité et des projets et indicateurs propres :

- Comité 031 : pathologie thoracique
- Comité 040 : gastro-entérologie
- Comité 050 : pathologie mammaire
- Comité 060 : gynécologie
- Comité 080 : onco-urologie
- Comité 090 : dermatologie

⁸ Gustave Roussy, rapport annuel 2021, L'espoir de guérir le cancer à un nom, p6

⁹ Idib, p7

- Comité 120 : Pédiatrie
- Comité 100 : Sarcomes et tumeurs complexes
- Comité 110 : Hématologie
- Comité 101 : Neuro-oncologie
- Comité 130 : Tumeur Primitive inconnue
- Comité 150 : Essais Précoces

L'HDJ accueille l'ensemble des comités hors Pédiatrie.

L'organisation des soins de Gustave Roussy est décomposée en Départements avec, à leur tête, un Chef de Département et un Cadre Coordonnateur. Ils regroupent chacun plusieurs services. 9 Départements sont ainsi identifiés :

- Anesthésie, Chirurgie et Interventionnelle
- Hématologie
- International
- Département Interdisciplinaire d'Organisation des Parcours Patients (DIOPP)
- Département de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent
- Médecine oncologique (DMO)
- Département d'Innovations Thérapeutiques - Essais Précoces (DITEP)
- Radiothérapie
- Imagerie Médicale

L'Hôpital de Jour de Gustave Roussy a une double gouvernance : il appartient au DMO et également au Département d'Hématologie.

Nous pouvons constater dans le graphique ci-dessous¹² que Gustave Roussy répond à cette description. Néanmoins, une chute de l'activité oncologique est enregistrée dès juin 2021, en lien avec la raréfaction des ressources IDE. 55% des ETP IDE de l'HDJ GR1 sont vacants au 15 novembre 2021.



Pour optimiser institutionnellement les ressources disponibles et poursuivre le traitement des patients, les services de médecine conventionnelle ayant des lits d'hospitalisation fermés faute d'effectif IDE de nuit (mais avec effectif de jour complet), ont été sollicités pour accueillir, sur ces lits vacants, les patients ambulatoires de l'HDJ.

Nous avons d'autre part adressé les patients résidant en Ile de France et bénéficiant d'un traitement par mono-molécule accessible au domicile, vers l'Hospitalisation à Domicile (HAD) en collaboration étroite avec Santé Service (1^{er} acteur de l'hospitalisation à domicile d'IdF). En sus, nous avons également orienté des patients vers des établissements concurrents pour la réalisation de leur traitement en ambulatoire. La perte théorique de cette baisse d'activité (-39% entre 2019 et 1^{er} trimestre 2022) est estimée à 5.5M€.

A noter que le Schéma Directeur Immobilier de l'établissement prévoit la construction d'un nouveau bâtiment qui comprendra, entre autre, un HDJ oncologique de 75 places (site unique) à l'horizon 2027.

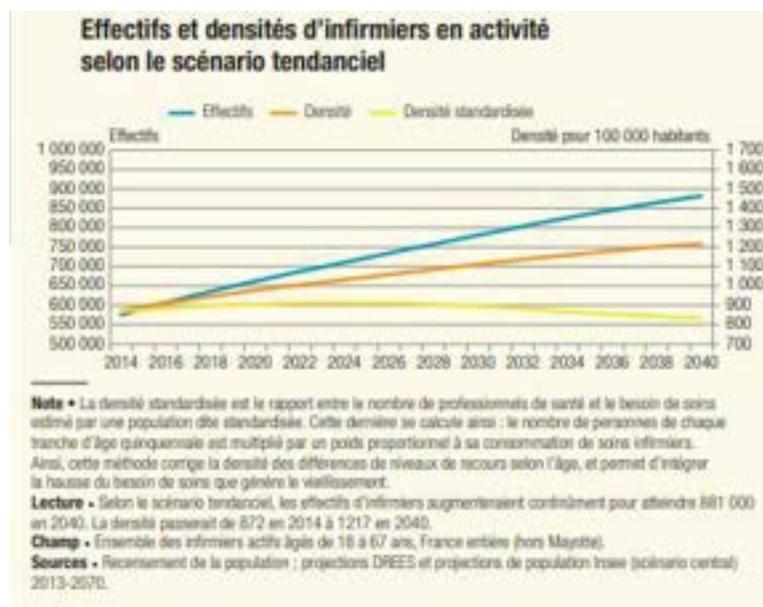
Dans ce contexte, la raréfaction du personnel paramédical interroge et inquiète. Dans le chapitre suivant, nous essaierons de comprendre les modifications culturelles qui pourraient être la cause.

¹² 2022.03.11 Gustave Roussy – Projet ambulatoire médical, présentation au personnel, Contexte et enjeux, diapo 3

1.3 Consentement au travail et responsabilité managériale

Le rapport au travail semble avoir été bouleversé par la crise Covid jusqu'à atteindre un certain mouvement de démissions massives nommé « Big Quit ». De nombreux reportages et articles ont traité du sujet. Celui intitulé Travail, vie sociale : à quoi veut-on encore consentir ? (France Culture, 2022) évoque la notion nouvelle de **consentement au travail**. Le rapport au temps est modifié, l'articulation entre la vie professionnelle et personnelle est centrale, transformer le rythme du travail est une responsabilité sociale, si le « travail ne paie pas » la justice sociale est en jeu. Et parce qu'« *il n'y a pas de système de santé sans professionnels de santé formés en nombre et en qualité* ¹³ » comment penser son travail et l'inscrire dans sa vie ? Comment se reconnecter avec la finalité de son travail ?

Les dernières projections de la DRESS sur la démographie soignante date de 2018 et mettent en lumière une inégalité de répartition entre les différentes régions, une orientation majeure des IDE vers le libéral, et une augmentation insuffisante entre les effectifs et les besoins en santé. Ci-dessous, nous pouvons voir que l'augmentation prévisionnelle des effectifs IDE n'est pas en corrélation avec l'augmentation des besoins en santé.



14

Rajoutons que sur ces estimations de 2018, s'est invitée la « crise Covid ». Elle a de toute évidence exacerbé le « mal être » des soignants, leurs revendications et modifié le rapport au travail de tout à chacun. L'exigence forte quant à la qualité de

¹³ ARS Programme Régional de Santé 2018–2022, Agence Régionale de Santé de l'Île de France, p83

¹⁴ DRESS, 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soin, disponible <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1062.pdf>, [consulté le 03/11/2022 à 16h50], p4

l'environnement de travail, la recherche de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée complexifie l'attractivité du métier de soignant à l'hôpital. L'attrait pour le travail par intérim est une des conséquences de ce mouvement. Si 81% des IDE intérimaires ont auparavant exercé à temps complet à l'hôpital¹⁵, leur motivation pour ce type de contrat est bien la liberté de leur planning. S'ensuit l'organisation des services puis le salaire. Les IDE intérimaires souhaitent un planning adapté et un ratio patient jugé cohérent pour une qualité de vie au travail optimale.

Particulièrement en Ile de France, les conditions de travail sont tributaires des conditions de vie et de logement et ces conditions de travail sont jugées de plus en plus difficiles. Les initiatives pour pallier aux contraintes des métiers du soin ne manquent pas. En exemple, le plan d'action de l'AP-HP « *visé à recruter et 'par-dessus tout' à donner envie de rester* »¹⁶. Ainsi, on peut retenir de ce plan d'action des axes forts de recrutement et fidélisation (recrutement par allocation d'étude, parcours d'intégration, prime de tutorat, facilitation de la mobilité, enrichissement des parcours paramédicaux par les protocoles de coopérations et la formation d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA), de conciliation vie personnelle et professionnelle (attribution de logements, soutien à la parentalité, priorisation des personnes travaillant de nuit, choix de l'organisation horaire), de simplification du quotidien (création de poste de « soutien aux soins » administratif, logistique ou technique, mise à jour des supports informatiques) et de renforcement de la cohésion d'équipe.

Gustave Roussy n'est pas en reste, depuis 2022, une prime de recrutement a été instaurée (5000€ pour 2 ans d'engagement), une prime annuelle de fidélité pour tout infirmier·e (IDE) ayant 2 ans d'ancienneté (3000€), l'élargissement des places disponibles en crèches, l'accès au logement pour les jeunes diplômés. Un parcours d'intégration est en place depuis 2018 et engage l'Institut à encadrer pendant 4 semaines tout nouvel arrivant.

Toutes ces mesures institutionnelles ne retirent rien à la part de responsabilité managériale des services. « *Les jeunes talents n'ont pas le même rapport au travail et à une organisation que par le passé (...) L'importance est aujourd'hui déportée sur l'aventure humaine et professionnelle proposée par la structure mais aussi sur la responsabilisation, le sens donné à la mission et le fait de valoriser le rôle confié au travailleur dans l'organisation ou encore l'environnement de travail, le style de management*¹⁷ ».

¹⁵ HOSPIMEDIA, La rémunération n'est pas la principale motivation des infirmiers pour l'intérim, 04/11/2022

¹⁶ HOSPIMEDIA, Le plan d'actions de l'AP-HP vise à recruter et « par-dessus tout » à donner envie de rester, 14/12/2022

¹⁷ HUBLO, Attirer et fidéliser les personnes paramédicaux grâce à des méthodes innovantes, p13, 2019, disponible sur <https://hublo.com/fr/resources>, [consulté le 03/11/2022 à 15h37]

C'est cette responsabilité là, en tant que Cadre de Santé, qui me porte vers le projet managérial suivant.

1.4 Comment maintenir une prise en charge de qualité et augmenter l'attractivité professionnelle dans un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose ?

Nous devons donc faire face à l'augmentation des besoins en Santé contrecarrée par la diminution des ressources IDE et des attentes sociétales couplées à un rapport au travail nouveau. Aussi, la crise Covid impose la « résilience » comme mot d'ordre à toute conduite et, la résilience managériale n'est pas en reste. Dans *Comment renforcer durablement la résilience organisationnelle ?* (2021), plusieurs experts exposent leur regard sur cette question. Je retiendrai que, outre rebondir pour trouver des solutions aux événements d'une part inattendus, d'autre part, stressants ou limitants, la résilience managériale doit développer de nouvelles capacités. L'idée alors n'est pas de revenir à l'état initial mais de se renforcer au fur et à mesure des transformations. « *L'enjeu est donc dans cette transformation, positive ou fatale ...* ¹⁸ ». La flexibilité est une compétence incontournable. Cette vision privilégie le pas à pas, à l'inverse d'une vision au long terme qui serait inadaptée à un monde désigné comme Vulnérable, incertain, Complexe et Ambigu (VUCA).

L'HDJ de Gustave Roussy, par sa taille, allie la complexité d'attrait d'un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose. Nous devons nous repenser afin de concilier maintien d'une prise en charge de qualité, développement et épanouissement professionnel. De plus, la politique de santé, via le PRS soumet de :

- promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires avec une évaluation globale et personnalisée du patient (dont l'évaluation précoce des fragilités),
- suivre les patients sous traitement de chimiothérapie en incluant les acteurs de la ville (diminuer le taux de recours aux urgences, renforcer l'accès aux soins de support)
- permettre l'accès précoce à l'innovation en santé (développer pratiques avancées et services numériques dans le parcours).

La commande que j'ai reçue en octobre 2022 est de Moderniser la gestion des ressources humaines et les organisations soignantes de l'HDJ médical de Gustave Roussy pour garantir un accès pour tous à des soins de haute qualité (Cf Lettre de

¹⁸ DOULOU JM, Et si l'avenir était dans l'incertitude ? dans Frimousse, Soufyane, et J-M Peretti « Comment renforcer durablement la résilience organisationnelle ? », *Question(s) de management*, vol. 35, no. 5, 2021, pp. 127-174.

mission, **Annexe 1**). Mon projet managérial, intitulé GML'HDJ se décline en trois axes, les deux premiers permettant d'atteindre le troisième (cf Fiche Projet **Annexe 2**) :

- **Globaliser** : développer et diversifier les compétences soignantes de l'HDJ et étendre la prise en charge le patient à l'avant - pendant et après l'HDJ (lien ville-hôpital)
- **Moderniser** : profiler la gestion RH aux évolutions sociétales, repenser les missions et activités de chacun en fonction des compétences, expertises, disponibilités et opportunités des différents métiers et améliorer les flux soignants
- **Liker l'HDJ** : développer une équipe soignante agile et efficace dans laquelle et pour chacun « *exercer est une chance* »¹⁹, augmenter la satisfaction patient et certifier la qualité et sécurité des soins.

Ce projet s'étend d'octobre 2022 à septembre 2023 et devrait permettre également de nourrir le projet architectural de 2027 en identifiant certains attendus du cahier des charges. La suite de ce travail présentera la première phase du projet caractérisé par la réalisation de l'état des lieux précis du service permettant le cadrage du projet puis en décrira sa conduite, ses indicateurs et ses limites.

¹⁹ 2020.10.15 Gustave Roussy – Plan d'Etablissement – phase 2 – briques opérationnelles, ambition n°6

« Il n'y a qu'une seule manière de résister au froid, c'est d'en être content. Et, comme dirait Spinoza, maître de joie : « ce n'est point parce que je me réchauffe que je suis content, mais c'est parce que je suis content que je me réchauffe ». Pareillement donc, il faut toujours se dire : « ce n'est pas point parce que j'ai réussi que je suis content ; mais c'est parce que j'étais content que j'ai réussi » (...) l'espérance fait naître les raisons d'espérer (..) la bonne espérance fait réelle joie de tout, parce qu'elle change l'évènement. (...) Aucun homme ne peut trouver plus redoutable ennemi que lui-même. »

Alain, Propos sur le bonheur, p56

2 Gestion du projet, phase 1 : de l'état des lieux précis au cadrage circonstancié

Selon F. Boyer dans *L'innovation managériale en action* (2020), la gestion de projet doit aujourd'hui miser sur l'intelligence collective et la diversité des talents. Le manager doit pouvoir marier deux besoins à la fois économique et social : celui de l'entreprise (productivité, qualité et performance) et celui des salariés (condition de travail et qualité de vie au travail). Si « *persuader des individus d'adhérer aux changements est possible dans une société conformiste où les salariés obéissent sans mot dire, ce n'est plus le cas depuis que les personnes, compte tenu de la revendication de bien-être et de la liberté, s'autorisent à exprimer ouvertement leurs inclinaisons individuelles* »²⁰. Je m'efforcerai alors, tout le long de ce projet, d'inclure les équipes concernées par les changements de façon à coconstruire. Des 6 piliers de l'innovation managériale décrits dans l'ouvrage précité, (Confiance, Responsabilité, Plaisir, Collaboration, Agilité, Créativité), je fixerai en premier lieu l'agilité : accepter les zones d'incertitude et ne pas vouloir tout contrôler, coconstruire les solutions avec les équipes au fur et à mesure de la mise en œuvre des actions, travailler et apprendre des erreurs, valoriser les expériences. Les équipes sont informées du démarrage du projet dès novembre 2022 (Support de présentation disponible en **Annexe 3**).

La première phase de ce travail élabore un état des lieux précis du service au 15/11/2022 afin d'en déduire un plan d'action pertinent. Je détaille dans ce chapitre le fonctionnement de l'HDJ, j'évalue les Ressources Humaines (RH) disponibles et je dresse le constat des conditions de travail dans le service. Pour mener à bien cette première phase, je fais appel à différents acteurs institutionnels : la Responsable RH, la secrétaire de direction, l'ergonome de l'établissement, la psychologue du travail et la référente qualité.

2.1 Fonctionnement de l'HDJ : les sites, l'activité, le parcours patients, la CPC partenaire essentiel, les situations de travail rencontrées

L'identification des actions à mener doit donc partir d'un état des lieux précis de l'existant. Ma connaissance du service et des processus ainsi que ma participation à différentes actions de communication me permette de décrire, au 15/11/2022, le fonctionnement de l'HDJ en précisant les éléments de distinction de ses deux sites, en présentant ses indicateurs d'activité, en décrivant le parcours du patient dans lequel la Centrale de Préparation des Chimiothérapies (CPC) est partenaire essentiel, puis en exposant les situations de travail les plus fréquemment rencontrées.

²⁰ BOYER F, *L'innovation managériale en action*, 50 pratiques managériales innovantes, Edition Eyrolles, Paris, 2020, p273

2.1.1. L'HDJ dissocié : 2 sites, 2 spécialités, 2 gouvernances

L'HDJ d'oncologie médicale de Gustave Roussy se compose d'un site sur GR1 de 47 places réalisant les traitements conventionnels et les essais thérapeutiques (ET). Cet HDJ est couplé à celui d'hématologie de 13 places. Les paramédicaux, IDE et Aide-Soignants (AS) sont mutualisés sur les 2 spécialités. La gouvernance, les équipes médicales ainsi que la planification des rendez-vous (RDV) sont, elles, distinctes. Ci-dessous, représentation spatiale du service.



L'HDJ de GR1 est ouvert de 8h à 19h30, du lundi au vendredi et certains jours fériés (sur la base du volontariat des soignants).

A cela s'ajoute un HDJ d'oncologie médicale de 29 places sur le site de GR2 qui réalise uniquement les traitements conventionnels. Le personnel paramédical y est dédié. La planification des RDV est centralisée sur GR1 depuis le 24/10/2022.

Les patients sont pris en charge sur un site ou l'autre en fonction des disponibilités des places (hors hématologie). Ci-contre, les éléments de distinction entre les deux sites ²¹. A noter que GR2, du fait de l'absence de pharmacie, de laboratoire, d'imagerie et de service de réanimation, accueille seulement les patients venant pour un traitement standard non allergisant dont la fabrication peut-être anticipée la veille. En effet, une navette

Ce qui différencie les 2 sites: GR1 et GR2



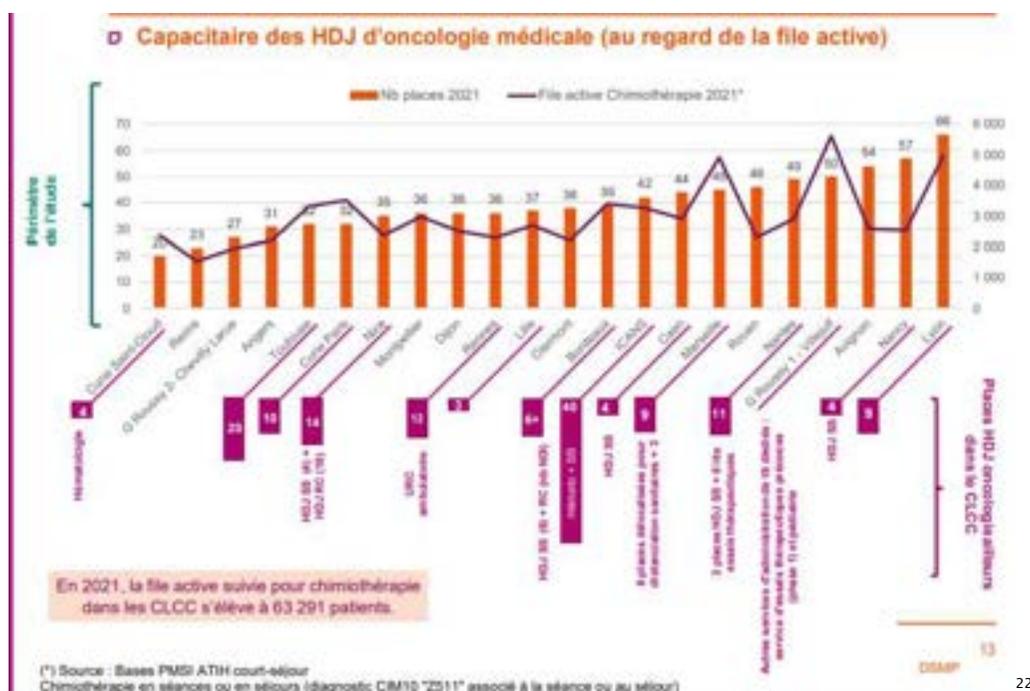
²¹ Gustave Roussy, Dr Flippot, MP Moullé, Présentation HDJ Oncologique, Visite Pitié Salpêtrière, Novembre 2022, Diapo 7

transporte les poches de chimiothérapie de GR1 vers GR2 tous les matins à 8h. En cas de besoin, une autre navette peut être utilisée à 11h.

Cette modalité est contraignante dans la planification des cures et dans l'anticipation des venues, provoquant au quotidien :

- d'une part, des reports de traitement de 24h (si le bilan sanguin réalisé en ville n'est pas reçu et intégré dans les temps pour permettre une validation médicale anticipée à 14h la veille).
- d'autre part, des modifications de site de prise en charge de GR2 vers GR1 en cas d'élément médical contre-indiquant la prise en charge sur GR2.

Nous pouvons voir sur le schéma ci-dessous que la file active des patients pris en charge n'est pas exactement en relation avec le capacitaire d'accueil des 2 sites.



Notez que les chiffres présentés ci-dessus ne contiennent que l'activité d'Oncologie Médicale, l'activité ambulatoire d'Hématologie n'ayant pas été comprise dans cette étude.

Nous passons maintenant aux indicateurs d'activité.

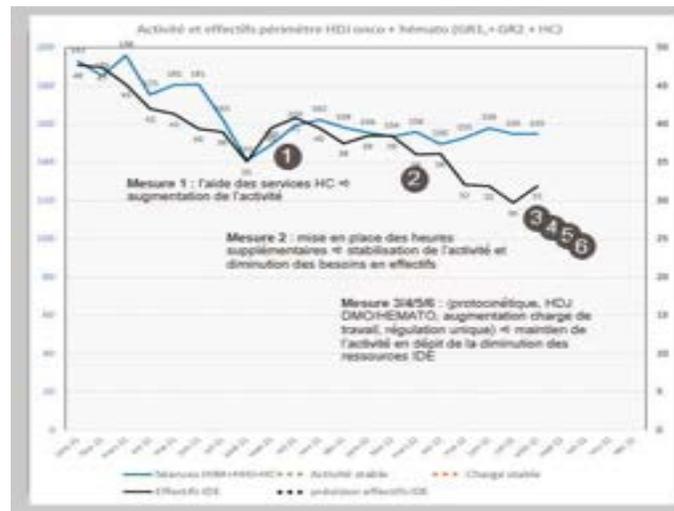
²² UNICANCER, Hôpital de jour d'oncologie médicale, Visites croisées des CLCC et enquête complémentaire, 2022, diapo 13

2.1.2. Maintien puis renforcement de l'activité

Pour faire face à la diminution de l'activité oncologique au sein de l'HDJ, expliquée au chapitre 1.2.4, garantir l'accès aux soins et sauvegarder l'équilibre financier de l'établissement en projection du rétablissement de la T2A, dès mai 2022, de nouvelles mesures de renforcement ont été mises en place, s'ajoutant au « déport » des HDJ dans les étages d'Hospitalisation Conventionnelle (Mesure n°1 du graphique ci-dessous²³) :

- Mesure n°2 en mai 2021 : dispositif d'heures supplémentaires incitatives (prime forfaitaire de 14€/h en plus du paiement à 125% pour les heures réalisées entre la 35^{ème} et 42^{ème} heure et 150% pour les heures réalisées entre la 42^{ème} et 48^{ème} heure hebdomadaire) soit 140€ de prime pour une journée en sus de 10h.
- Mesure n°3 en juillet 2021 : réalisation des prélèvements sanguins en lien avec les essais thérapeutiques par les Infirmières de Recherche Clinique à la place des IDE de l'HDJ permettant de libérer 1.5 poste IDE par jour.
- Mesure n°4 : augmentation du ratio patients / IDE en HDJ passant de 6 et 8 patients respectivement pour les secteurs hématologie et oncologie à 9 patients/IDE, quel que soit la spécialité.
- Mesure n°5 : équilibrage des charges sur les secteurs hémato et onco auparavant cloisonnés
- Mesure n°6 : Régulation unique de l'activité onco-hémato sur GR1 (cette dernière mesure n'est pas encore mise en œuvre)

Ces initiatives ont permis de maintenir l'activité malgré la baisse des effectifs présents sur la période estivale (activité quotidienne).



²³ 2022.09.26, Gustave Roussy, Gestion de la période S2 2022 en HDJ, diapo 4

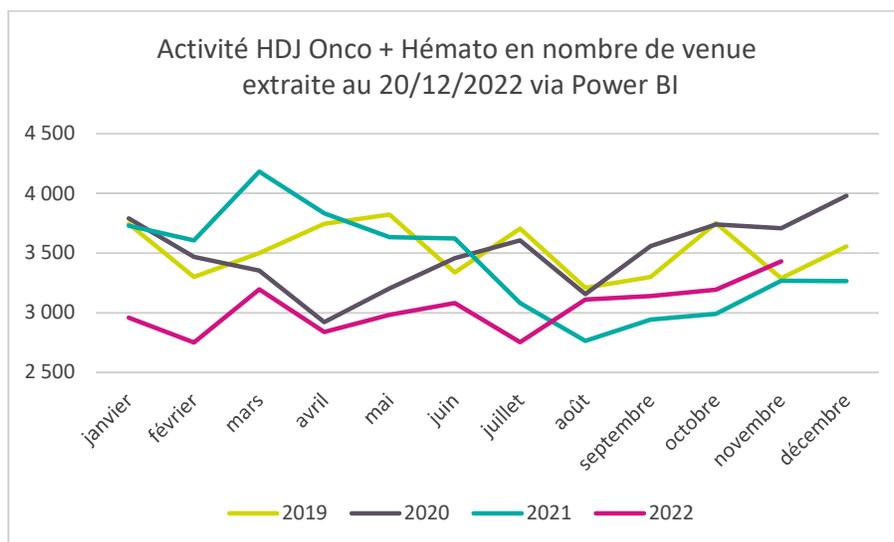
L'objectif attendu pour la fin d'année 2022 et l'année 2023 est la ré-internalisation de nos patients, hors HAD. En effet, cette prise en charge au domicile est un bénéfice non discutable pour le patient.

Du maintien de l'activité estivale, nous avons enregistré une augmentation des prises en charge dès la rentrée 2022. Ci-dessous, les indicateurs de l'activité de l'HDJ Oncologique GR1 & GR2 extraite au 20/12/2022.



24

Pour mémoire, l'HDJ ayant 2 gouvernances, l'activité d'Hématologie n'apparaît pas dans les chiffres ci-dessus bien que la même équipe paramédicale la réalise. J'ai réalisé l'addition de l'activité des 2 départements qui donne la même tendance que la première.



²⁴Données extraites des tableaux de bord de Gustave Roussy via Power BI

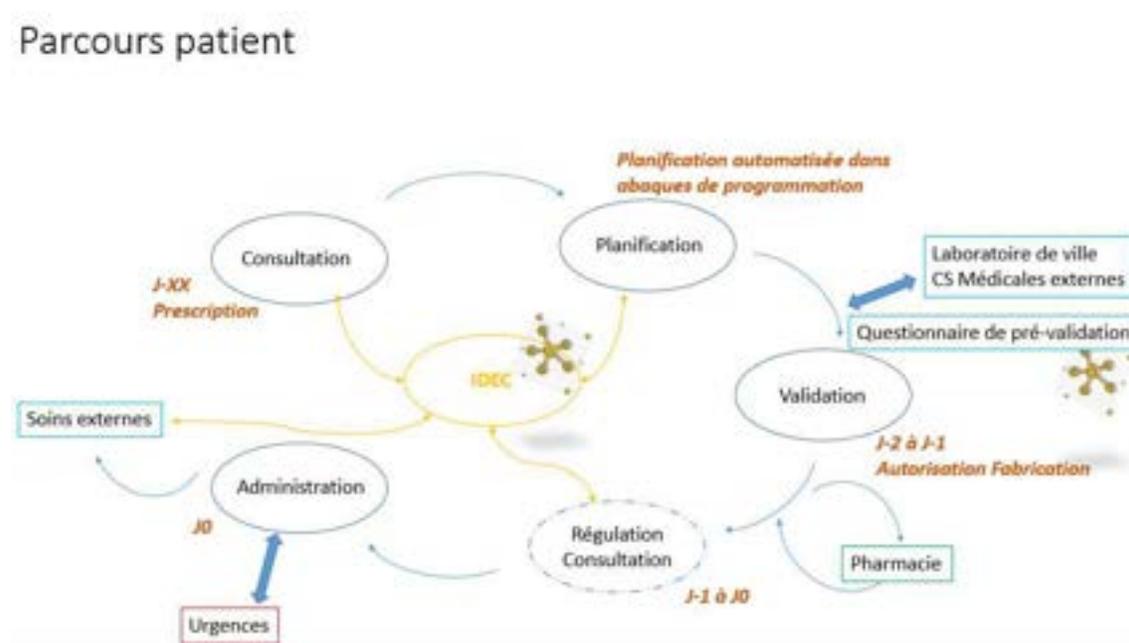
Sur les 6 derniers mois, le taux de rotation par fauteuil est de 2.38 pour GR1 et 1.8 pour GR2²⁵. Cela s'explique par la différence d'amplitude horaire d'ouverture des sites (8h–18h pour GR2 versus 8h–19h30 pour GR1) et l'amplitude horaire de travail des IDE (traité au chapitre 2.2).

Pour réaliser cette activité, le parcours patient se doit d'être très organisé et anticipé.

2.1.3. Le parcours patient basé sur l'anticipation et la préparation de la venue

Le parcours patient en HDJ oncologique est basé sur l'anticipation de la préparation de la venue. Elle ne concerne cependant pas les patients bénéficiant d'Essais Thérapeutiques (ET) pour qui l'ensemble de la prise en charge est réalisée à J0. Le parcours du patient d'Hématologie est également différent, d'une part en raison de l'instabilité plus pregnante de l'état clinique des patients, d'autre part du fait d'une organisation médicale distincte. Je m'axerai spécifiquement sur le parcours du patient d'oncologie, hors ET. En effet, ceux-ci représentent 55% de nos prises en charge, tous sites confondus (ET = 30%, Hémato = 15%).

Le parcours patient en HDJ oncologique est schématisé ci-dessous.



26

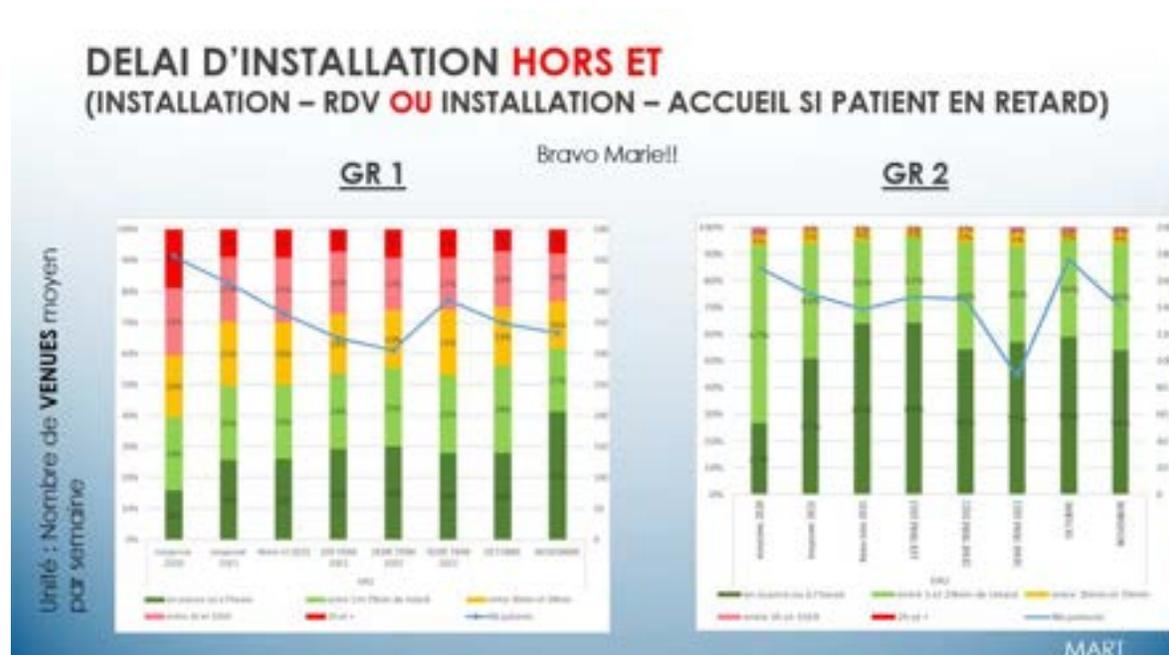
La **consultation** effectuée par l'oncologue référent donne lieu à une proposition de traitement (validée en Reunion de Concertation Pluridisciplinaire RCP) et à la

²⁵Données calculées par M.PRas, étudiante MINE à Gustave Roussy, dec 2022

²⁶ Gustave Roussy, Dr. Flippot, MP Moullé, Organisation d'un HDJ, DU Coordination et Santé connectée, Mars 2023, Diapo 21

prescription informatisée du protocole de chimiothérapie²⁷. Cette prescription informatisée va permettre la planification des RDV.

Depuis octobre 2022, la **planification** des RDV de chimiothérapie est centralisée. Elle est réalisée par 6 planificatrices (assistantes médicales) à l'aide d'abaques de programmation. Les RDV patients sont placés en fonction des restrictions de chaque site, des modalités de fabrication des traitements (stabilité de la molécule et possibilité d'anticiper sa fabrication ou non) et de leur durée de façon à respecter des arrivées échelonnées sur le secteur d'activité de l'infirmière à J0. La mise en place de ces abaques a pour objectif la diminution du temps d'attente des patients et/par la rationalisation des prises en charge IDE. Une amélioration notable de la proportion des patients « installés à l'heure » est à relever dès novembre 2022 (ci-dessous).



28

La **validation** médicale à J-2 / J-1 s'exécute sur différents critères :

- La validation du bilan biologique : 2 Secrétaires Médico-Administratives (SMA) sont chargées de récupérer les bilans réalisés en ville (appel téléphonique des laboratoires et/ou des patients) et de les intégrer au dossier médical.
- L'étude du dossier médical
- Depuis juillet 2022, le visu d'un questionnaire de pré-validation, envoyé automatiquement par texto ou mail, et rempli par le patient à J-3/J-2 lui

²⁷ Le terme « chimiothérapie » est utilisé au sens large de tout traitement systémique et comprend l'immunothérapie

²⁸ Gustave Roussy, Bulletin info Pharmacie – HDJ Onco novembre 2022, diapo 9

permettant de renseigner les effets secondaires ou complications intercures subis.

A l'issue de cette validation, le médecin définit le statut de consultation médicale HDJ à J0. 4 types de consultations sont envisageables :

- la consultation en box pour les patients nécessitant une évaluation clinique,
- la consultation en chambre pour les patients n'ayant pas bénéficié de consultation depuis 3 semaines et n'ayant pas de facteur de risque particulier,
- la régulation permettant de valider les bilans sanguins manquants ou autres contrôles nécessaires sans pour autant rencontrer le patient
- Pas de consultation lorsque le patient ne nécessite pas de contrôle médical spécifique ce qui correspond à 60% des venues. Evidemment, en cas de besoin, l'IDE prenant en charge ces patients peut faire appel aux médecins à tout moment.

AJ-1 14h, l'ensemble des dossiers de GR2 doivent avoir été traités. Ainsi les patients ne pouvant pas être « validés » sont soit reportés de 24 à 48h soit basculés sur GR1. 100% des venues sur GR2 sont validées à J-1 par contraintes organisationnelles évoquées précédemment.

A 16h, une réunion de régulation regroupant l'IDE de régulation de GR1, le médecin en charge des validations anticipées et une planificatrice passe en revue l'ensemble des dossiers non validés du lendemain pour optimiser les programmations. 30% des venues pour traitement standard sur GR1 restent à valider à J0 (évaluation clinique nécessaire ou contrôle de bilan sanguin, consultation référent à J0, bilan sanguin non réceptionné).

La préparation est traitée au chapitre suivant.

L'administration du traitement est réalisée par les IDE du service. Un contrôle d'identitovigilance est assuré et consolidé par une réconciliation informatique du bracelet d'identification du patient et de la poche de traitement.

Nous pouvons remarquer que le patient ne bénéficie pas de consultation dite « d'annonce » avant sa première venue. Celle-ci, autrefois réalisée juste avant la première séance, a été suspendue par manque d'IDE. L'évaluation et l'information sur les modalités de prise en charge et sur la gestion des effets secondaires des traitements sont, au mieux, exécutées au moment de la prise en charge en chambre, souvent en « pleine action » (en même temps que la perfusion sur chambre implantable). Cela ne fait aucun doute sur la médiocrité, d'une part du bénéfice perçu par le patient, et, d'autre part, sur la satisfaction du travail accompli par l'infirmière.

Néanmoins, 3 IDE de Coordination (**IDEC**) sont en place depuis mai 2022 pour le suivi intercure des patients traités pour un cancer digestif et ayant des vulnérabilités associées. Leur activité est en constante progression (+36% de juin 2022 à dec 2022) avec 80 à 100 patients en liste active. La mise en place de Résilience[®], projet de télésurveillance institutionnel, en janvier 2023, laisse percevoir la possibilité de

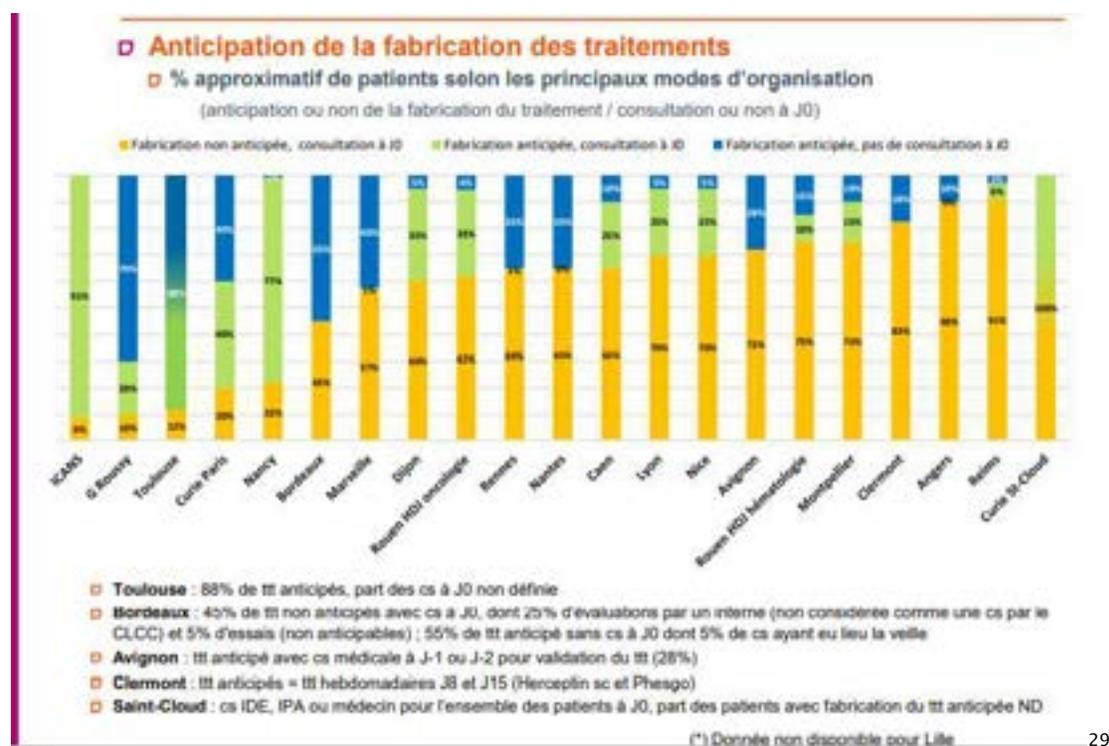
majoration du nombre de patient pris en charge dans ce suivi. Je mène ce projet en parallèle de GML'HDJ. Il ne sera pas détaillé dans ce mémoire mais fait parti de la Globalisation de l'activité dans la prise en charge du patient avant-pendant-après sa prise en charge en HDJ. Par ailleurs, dans le cadre des projets de la Direction des Soins, cette activité s'oriente vers un pool de coordinatrices centralisées qui ne seront donc peut-être plus à terme au sein de l'HDJ.

Le service ne dispose plus d'IPA. Le poste associé au comité digestif est vacant depuis juin 2022.

L'anticipation de la venue du patient a pour principal objectif de permettre à la CPC de fabriquer, avant l'arrivée du patient, son traitement.

2.1.4. La Centrale de Préparation des Chimiothérapies, partenaire essentiel et impactant

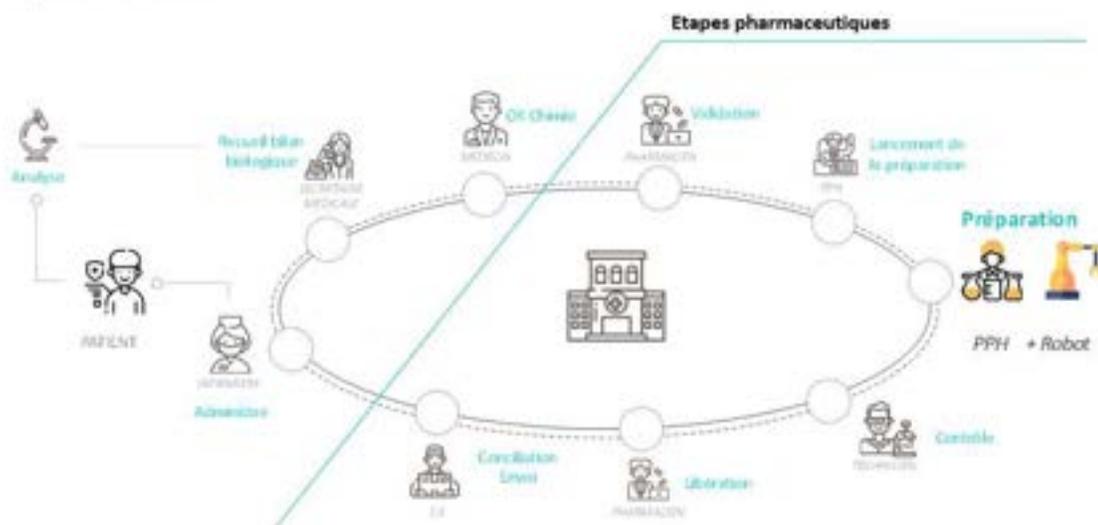
Le volume d'activité de l'HDJ et de la CPC impose l'anticipation de la venue du patient. Ainsi, vous pourrez voir ci-dessous que 70% des traitements standards sont prêts avant l'arrivée du patient.



²⁹UNICANCER, Hôpital de jour d'oncologie médicale, Visites croisées des CLCC et enquête complémentaire, 2022, diapo 53

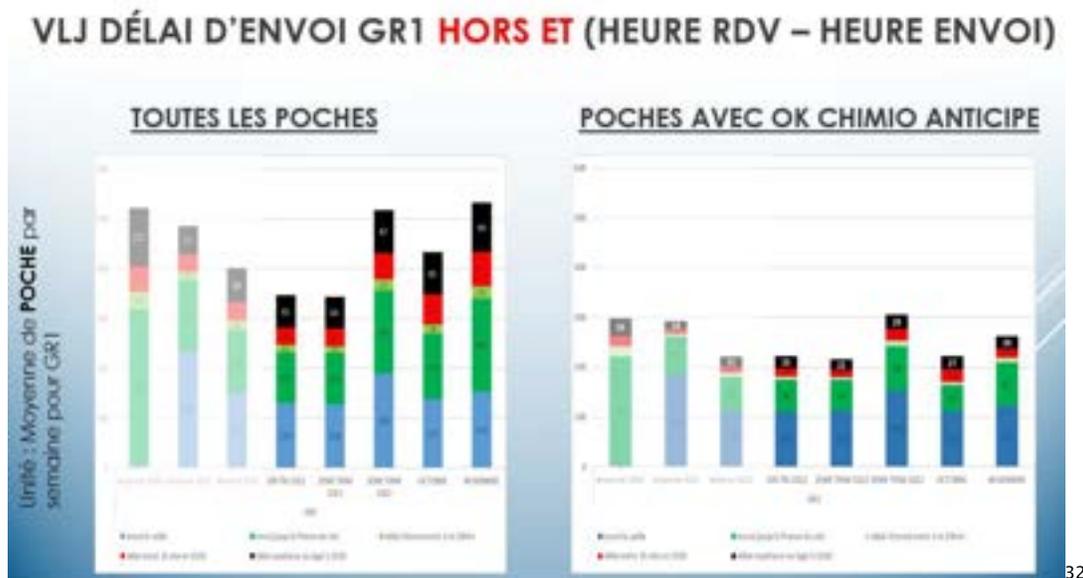
Le processus de production de la CPC est imagé ci-dessous.

La pharmacie



30

50% de la production de chimiothérapie est réalisée au robot³¹. L'anticipation des « ok chimio » a un impact majeur sur la livraison des traitements à l'heure sans pour autant la garantir à 100% comme le montre le graphique ci-dessous.



32

³⁰ Gustave Roussy, Dr. Flippot, MP Moullé, Organisation d'un HDJ, DU Coordination en établissements et en réseaux en cancérologie, Mars 2022, Diapo 38

³¹ Gustave Roussy, Bulletin info Pharmacie – HDJ Onco novembre 2022

³² Idib, diapo 6

Encore une fois, la gestion des ET est distincte. La production des traitements d'ET n'est ni informatisée ni anticipée. L'ensemble du processus de prise en charge du patient est alors effectué à J0, du bilan sanguin à l'administration avec à minima 5h de présence du patient dans l'établissement.

Des différents sites, des différentes spécialités et des différents modes de production découlent différentes situations de travail rencontrées.

2.1.5. Les situations de travail rencontrées : variables selon les sites

Ci-dessous sont présentées les situations de travail rencontrées par les IDE de l'HDJ, en fonction des 2 sites. Les différences s'expliquent par les contraintes logistiques et organisationnelles décrites précédemment. La fréquence est indiquée ainsi :

- Fréquent : plusieurs fois par jour
- Régulier : 1 à 3 fois par semaine
- Rare : 1 fois par mois
- Jamais

Situations de travail	GR1	GR2
Prise en charge de patient pour protocole de chimiothérapie standard	Fréquent	Fréquent
Prise en charge de patient pour transfusion	Fréquent	Régulier
Prise en charge de patient pour ET, de simple à complexe	Fréquent	Jamais
Prise en charge de patient avec risque allergique	Fréquent	Rare
Prise en charge de patient pour geste médico-technique (ponction ascite, pleurale, lombaire)	Régulier	Jamais
Prise en charge de patient avec risque infectieux majeur	Fréquent (en lien avec l'hématologie)	Régulier
Prise en charge de patient nécessitant une évaluation médicale d'aval	Fréquent	Rare
Retard dans la livraison des traitements	Fréquent	Rare

La typologie des patients pris en charge sur les 2 sites est donc différente et plus variée et « complexe » sur GR1.

La description du fonctionnement de l'HDJ révèle d'une part une distinction des spécialités oncologique et hématologique et une distinction entre les sites. Les contraintes logistiques et organisationnelles de GR2 qui ont des conséquences sur GR1, tant sur l'expérience patient (décalage de RDV mais délais d'attente nuls sur GR2 versus accueil de l'ensemble des patients mais avec temps d'attente important sur GR1) que sur les conditions de travail des IDE (déséquilibre des charges et des

contraintes à J0). Est-ce que ce fonctionnement impacte les ressources humaines du service ? L'évaluation des RH est la suite de cette description.

2.2 Etat des lieux RH : peine à la stabilisation des équipes et déséquilibre de compétences

La charge en soins des deux sites est dissemblable. Si elle est plus sensible d'un côté que de l'autre, les compétences des RH y sont-elles adaptées ? Nous nous intéresserons ici principalement aux Ressources Infirmières. Non pas pour négliger les ressources Aides-Soignantes aujourd'hui bien mobilisées dans un principe de subsidiarité, mais parce que le manque d'IDE est bien ce qui déstabilise nos organisations.

Pour répondre à cela, je présenterai tout d'abord les maquettes organisationnelles existantes, ensuite j'analyserai la situation des postes vacants IDE puis j'étudierai la démographie infirmière des deux sites. Je poursuivrai par le relevé de l'absentéisme et enfin je m'intéresserai à la question des compétences.

L'ensemble des graphiques présentés sont issus des données qui m'ont été transmises par la Direction des Ressources Humaines (DRH) et par la Secrétaire de Direction de la Directrice des Soins (DSI) et du recueil des données de mon propre service.

2.2.1 Maquettes RH de l'HDJ définies sous 3 gouvernances, inégales

AU 15/11/2022, Les maquettes organisationnelles définissent une répartition comme suit :

METIERS	HDJ GR1 ONCOLOGIQUE	HDJ GR1 HEMATOLOGIQUE	HDJ GR2
CADRE DE SANTÉ	1 ETP	1 ETP	1 ETP
INFIRMIERE DE COORDINATION	3 ETP	1 ETP	1 ETP
IDE	29 ETP	13 ETP	9 ETP
AS	5 ETP	3 ETP	3 ETP
Coursier	1 ETP EN CDD		X

Néanmoins, l'équipe paramédicale de GR1 est mutualisée sur l'oncologie et l'hématologie, la répartition des responsabilités hiérarchiques des Personnels Non Médicaux (PNM) est instaurée comme suit. Le déséquilibre entre les 3 cadres est remarqué.

METIERS		Cadre HDJ GR1 Onco	Cadre HDJ GR1 Hémato	Cadre HDJ GR2
INFIRMIERE COORDINATION	DE	3 ETP	1 ETP	1 ETP
IDE		½ ETP GR1 soit 21	½ ETP GR1 soit 21	9 ETP
AS		8 ETP	X	3 ETP
Coursier		1 ETP EN CDD	X	X

Les modalités d'emploi sont différentes sur les 2 sites

	GR1	GR2
Amplitude d'ouverture du site	8h-19h30	8h-18h
IDE	10h par jour	7h30 par jour
AS	8h par jour	7h30 par jour

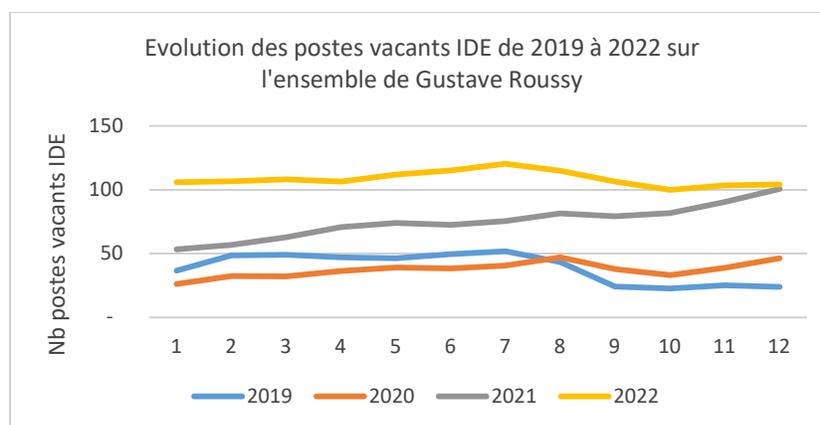
Les différences de conditions d'emploi ont-elles une incidence avec le recrutement ?

2.2.2 La diminution des ressources infirmières

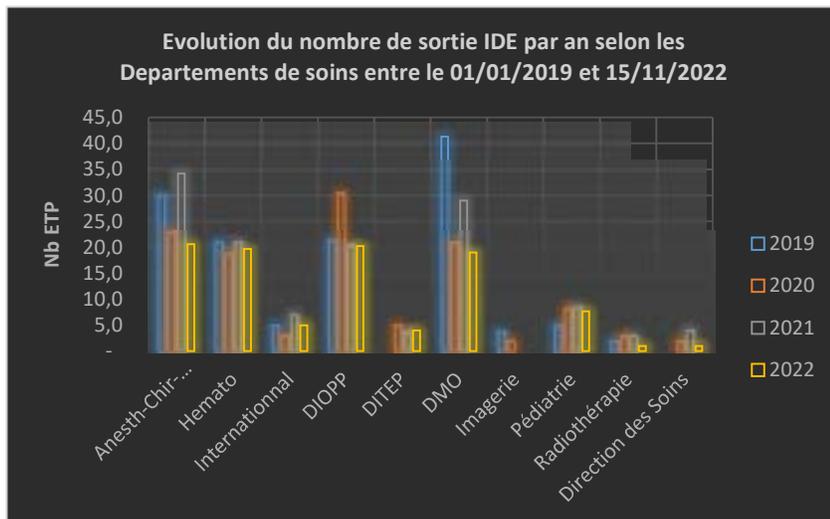
L'origine de ce projet est la diminution des capacités d'accueil en lien avec la perte des effectifs infirmiers. Je décrirai cette dynamique au sein de l'établissement pour pouvoir l'analyser ensuite sur l'HDJ.

2.2.2.1 Le paysage institutionnel

Le nombre de postes vacants au sein de l'établissement n'a jamais été aussi important qu'en 2022. Ci-dessous, nous voyons que la courbe ascendante débute fin 2020. Nous pouvons alors aisément mettre en lien ce phénomène avec les conséquences de la crise Covid évoquée au chapitre 1.3.

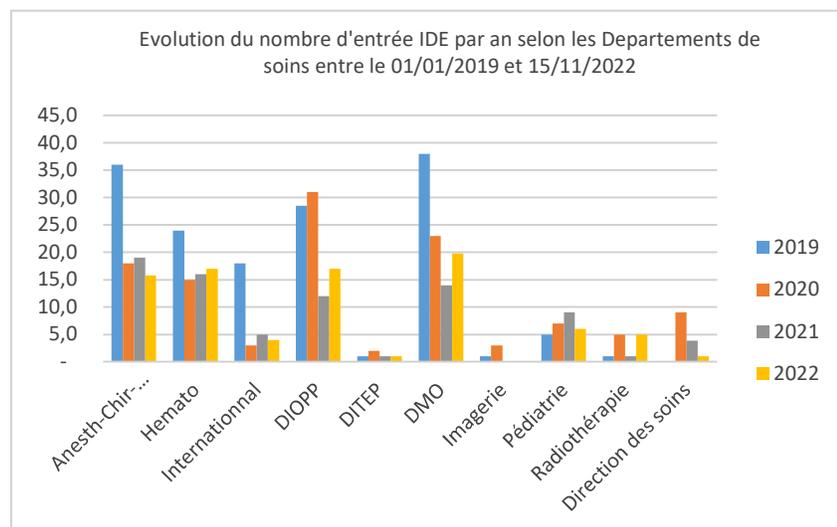


Ci-contre, nous voyons que les départs étaient jusqu'en 2020 compensés par un nombre à peu près équivalent d'entrées mais qu'à partir de 2021 ce n'est plus le cas.

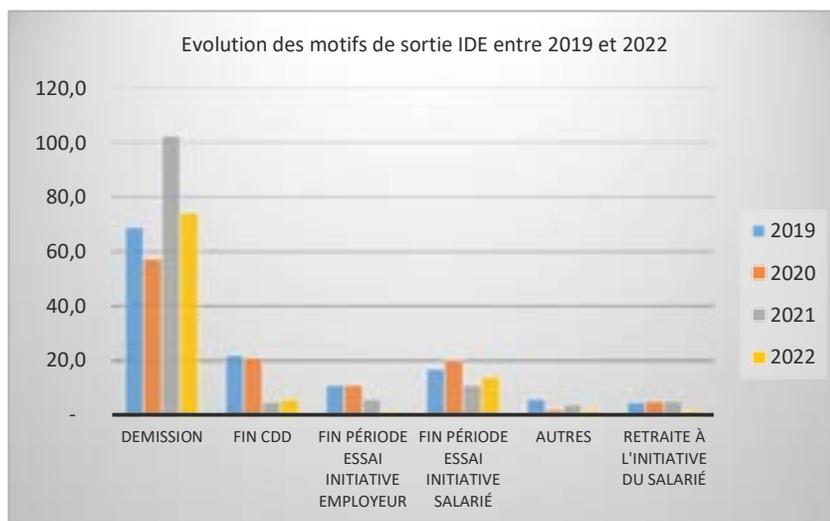


Notons que l'analyse proportionnelle des chiffres entre les différents

Département de Gustave Roussy n'a pu être faite car je n'ai pas eu accès à la répartition des ETP entre les différents départements.



Ci-dessous, nous constatons que la quasi-totalité des départs se font par démission.

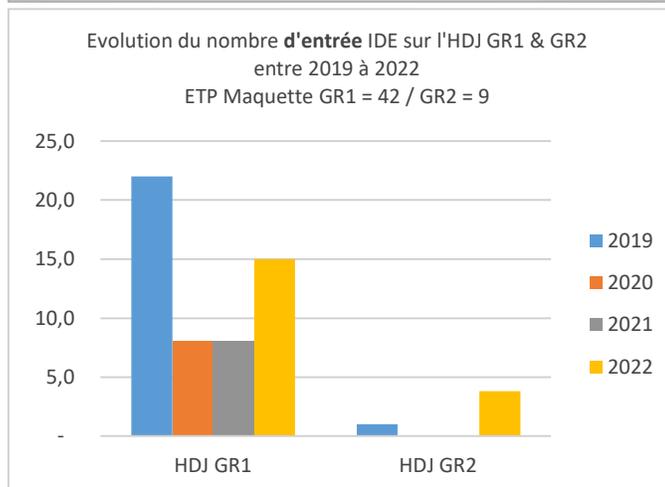
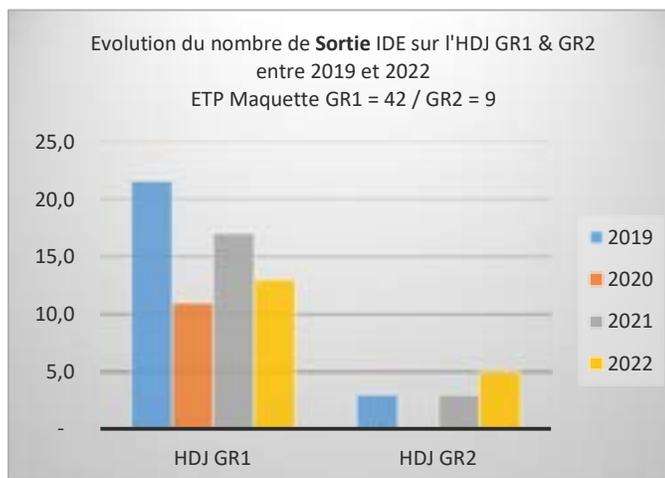


L'HDJ, avec 55% de postes vacants, a une évolution de ses départs majorée également en 2021 mais pas seulement.

2.2.2.2 La spécificité de l'HDJ

Nous pouvons voir sur les graphiques ci-contre qu'à l'instar de la mouvance institutionnelle, d'une part, les démissions en 2019 ont été compensées par les recrutements mais que ce n'est pas le cas pour 2020 et 2021. Si 2022 enregistre plus « d'entrées » que de « sorties » il y a le déficit des 2 années précédentes à combler. Le Turn over dans le service est perpétuel et excessif, 47% en 2019 – 36% pour l'année 2022.

Surtout, les départs de l'HDJ ne semblent pas corrélés à « la crise Covid ». En effet, ils étaient déjà pour moitié de l'effectif en 2019. Les causes semblent alors être plus structurelles et ne rendent que plus primordiale le questionnement de nos organisations.



Je me suis interrogée sur les difficultés de recrutement de l'HDJ et un entretien réalisé le 14/11/2022 avec la référente RH fait remonter les faits suivants :

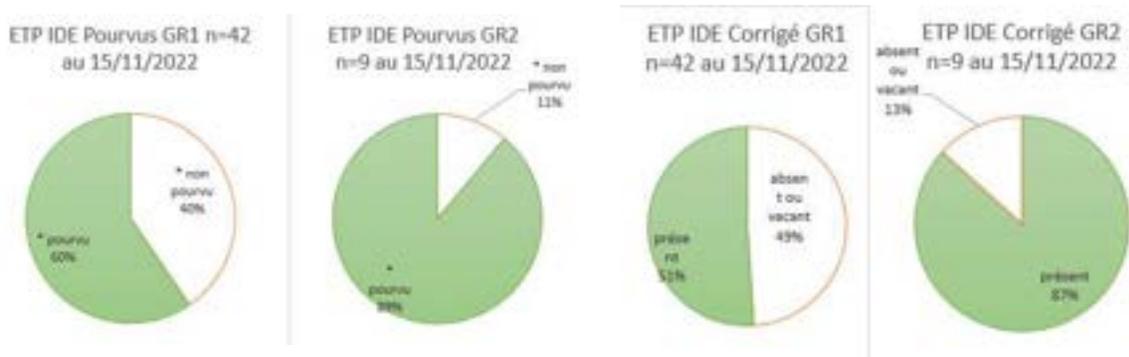
- Les offres d'emploi sur les sites internet génériques ne distinguent pas les différents services disponibles. Le détail n'est visible que sur le site de Gustave Roussy
- 80% des candidatures IDE reçues à Gustave Roussy provient de jeunes diplômés
- L'HDJ n'est que très rarement demandé en première intention. Les jeunes infirmières recherchent en premier lieu à travailler en hospitalisation pour la diversité des compétences mobilisables. Le travail en 12h attire indéniablement (3 jours de présence par semaine, en décalage avec le trafic routier) et travailler le week-end permet de gagner d'avantage. En conséquence, la référente RH « doit vendre » l'HDJ aux jeunes IDE.

- L'amplitude horaire de 10h (pour GR1) n'est pas plébiscitée car nécessite d'être 11h sur place (1h de pause méridienne) pour 3 à 4 jours de présence par semaine.
- Les candidats se renseignent énormément sur la gestion des plannings et les roulements, tiennent à visiter les services, « *ont besoin d'être rassurés* ». Ils souhaitent également pouvoir changer de service facilement.

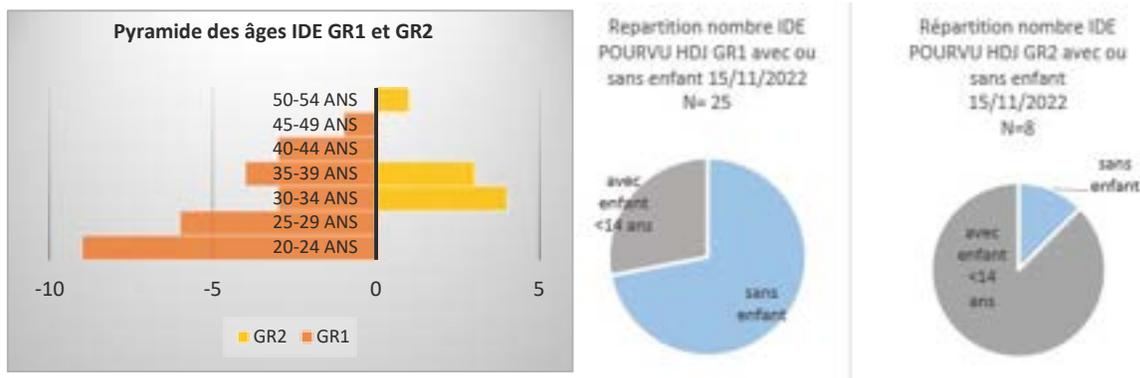
Les conditions de gestion d'emploi et les conditions de travail sont à interroger. Mais avant tout, j'ai souhaité approfondir l'état des lieux des RH par l'analyse démographique des IDE en fonction des sites.

2.2.3 Démographie IDE GR1 & GR2 : profils distincts et expériences discordantes

Le manque d'effectifs en HDJ GR1 est criant et une analyse approfondie des profils soignants est nécessaire. L'HDJ GR2 étant d'avantage pourvu en IDE, j'ai souhaité comparer les indicateurs entre les deux sites. Ci-dessous, les ETP pourvus puis les ETP dits « corrigés » correspondant aux ETP pourvus moins les CPE, congés maladie ou temps partiel.

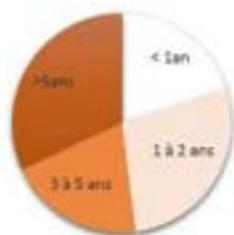


Les IDE de GR2 sont plus âgées et sont mères de famille pour la quasi-totalité d'entre elles. Exactement l'inverse de GR1.

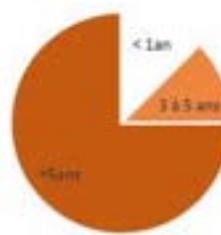


A cette particularité de l'âge s'ajoute naturellement une disparité d'expérience entre les deux sites puis de durée d'exercice dans le service.

Répartition des IDE GR1 présentes (n=20) en fonction de leur ancienneté dans le métier au 15/11/2022



Répartition des IDE GR2 présentes (n=8) en fonction de leur ancienneté dans le métier au 15/11/2022



Ainsi, GR2 regroupe quasiment exclusivement des IDE avec expérience qui s'inscrivent dans le temps dans ce service. GR1 comprend pour moitié des IDE nouvellement diplômées.

Répartition des IDE présentes (n=29) en fonction de leur ancienneté dans le service et en fonction des sites au 15/11/2022



Cette démographie soignante a un impact direct sur l'organisation, les conditions de travail et la qualité de prise en charge. De plus, si l'on fait le lien avec les situations de travail rencontrées décrites au chapitre 2.1.5, nous constatons un déséquilibre des forces avec d'un côté (GR2) des infirmières expérimentées et une équipe stable pour des patients « plus simples » et de l'autre (GR1), des IDE dépourvues d'expérience confrontées à des prises en charge plus complexes et à des aléas d'organisation quotidiens.

Le rééquilibrage de ces forces, premièrement pour la qualité de prise en charge des patients, deuxièmement pour la Qualité de Vie au travail des IDE me semble primordial.

L'état des lieux RH se poursuit par l'étude de l'absentéisme.

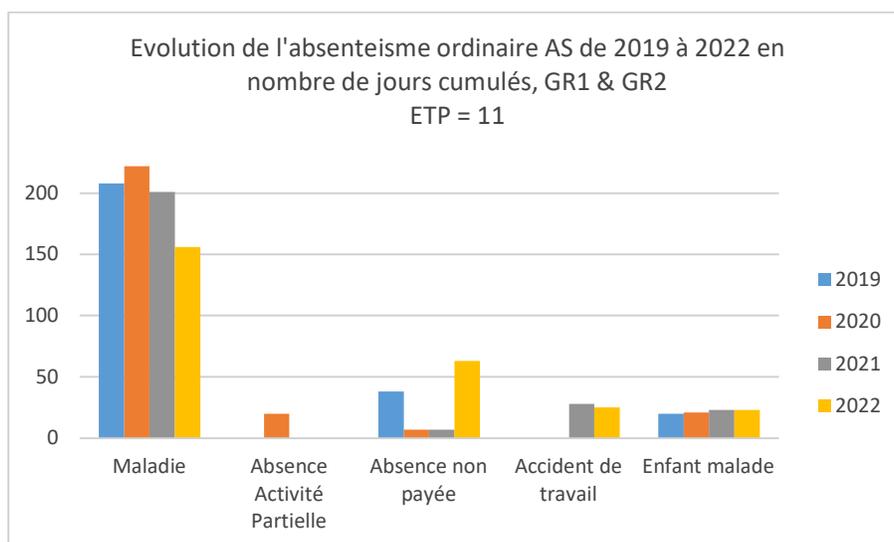
2.2.4 L'absentéisme, la maladie et les accidents du travail jugés non spécifiques au service

Comme JP Dumond (2022) le précise, même si ces données sont facilement extirpables en termes de chiffre, leur interprétation peut être multiple et discutable. Si, selon la DGOS « *l'absentéisme total (...) se situe autour de 20 jours par an et par agent* »³³ je ne proposerai qu'une analyse de « tendance générale » des indicateurs qui suivront. Je traiterai l'absentéisme dit « ordinaire » puis les accidents du travail.

2.2.4.1 Absentéisme ordinaire en HDJ : similaire aux tendances nationales

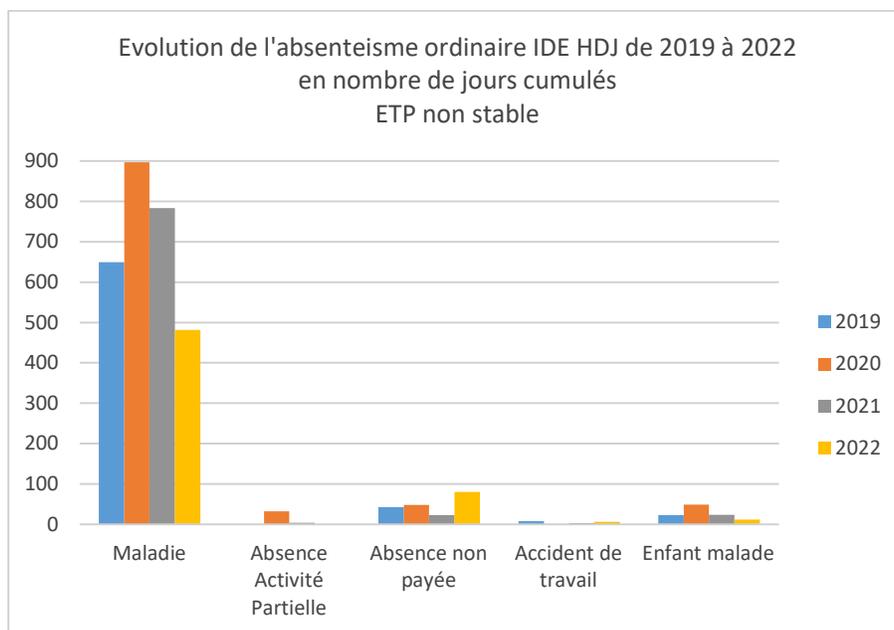
L'absentéisme ordinaire des AS et IDE du service cumule ici les arrêts maladie de 3 à 90 jours pour maladie, enfant malade, absence non rémunérée, accident de travail.

Pour la partie Aide-soignante, il est en moyenne de 14 jours par an et par agent en 2022. Les ETP pourvus ayant peu varié, nous pouvons constater une diminution de 30% de l'absentéisme entre 2020 et 2022. Nous pourrions évoquer, en facteur favorisant, la diversification des activités du poste durant ces 2 dernières années par principe de subsidiarité, notamment grâce à la prise en mains par les AS de l'assistance aux Biopsie Ostéo-médullaire et de l'accueil en lieu et place des IDE. Cela a permis une valorisation et une majoration de leur motivation au travail.



³³ DUMONT JP, La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages, Master Management des établissements de santé, UPEC 2022, p140

L'analyse pour les IDE est plus difficilement interprétable au regard de la fluctuation des effectifs entre 2019 et 2022. La diminution de 47% entre 2020 et 2022 suit peut-être tout simplement la perte des effectifs. Avec une moyenne de 28 ETP pourvus sur l'année 2022, l'absentéisme ordinaire sur cette année est de 17 jours par IDE.



A cet absentéisme s'ajoute les accidents du travail et les arrêts longue durée.

2.2.4.2 Accidents du travail peu représentatifs

Selon le recensement des déclarations d'accidents du travail (AT) entre 1^{er} janvier 2020 et 15/11/2022, transmis par l'Ergonome de Gustave Roussy, 12 accidents du travail ont été enregistrés en 2 ans, 7 sont reconnus comme tel. 4 concernent des IDE, 2 des AS, 1 une Assistante Médicale.

Pour les 6 événements concernant 5 paramédicaux :

- 4 sont liés à des efforts de manutention ou à des chocs lors de mouvement
- 1 est une chute dans les escaliers
- 1 est une exposition à un produit de chimiothérapie

Au total, 452 jours d'arrêt mais 2 accidents représentent 94% des arrêts : 1 IDE se blessant en décalant un fauteuil dans une chambre (177 jours d'arrêt), 1 AS se blessant en maintenant un patient agité (305 jours d'arrêt). Il s'avère aujourd'hui que ce dernier AT a été le déclencheur de tout un processus diagnostique chez cette collaboratrice et qu'elle présente malheureusement une maladie auto-immune.

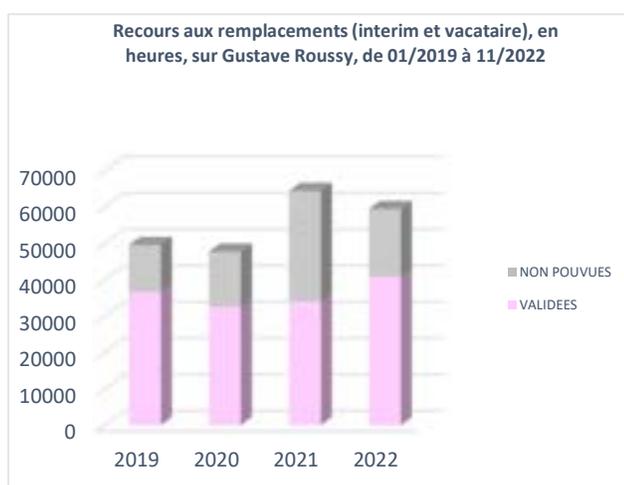
Les longues maladies enregistrées concernent 5 personnes de l'équipe dont l'aide-soignante précitée et 2 Aides-soignants en cours de demande d'invalidité pour des pathologies non professionnelles.

Les données recueillies sur l'absentéisme, en l'absence de comparaison avec d'autres services ou établissement, ne me permettent pas d'établir de diagnostic particulier à l'HDJ. Néanmoins, on ne peut ignorer les rapports entre ces données, les conditions de travail et le rapport au travail. Ainsi, si la diversification des activités a pu être bénéfique pour les AS, son pendant pour les IDE pourrait l'être également. Aussi, l'identification des axes d'amélioration sur les conditions d'exercice est attendue au chapitre 2.3.

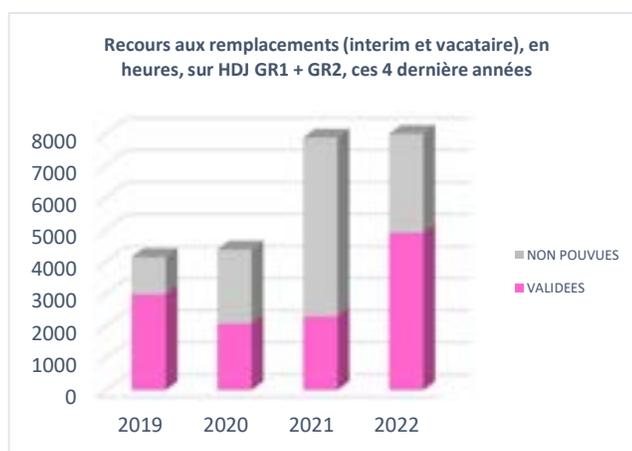
Des postes vacants et de l'absentéisme découle la gestion des remplacements et ses conséquences sur les compétences disponibles.

2.2.5 L'impact de la diminution des ressources infirmières sur les remplacements et les compétences disponibles

La présence d'intérimaire, vacataire ou IDE venant en Heures supplémentaires des autres services représente en moyenne le quart des effectifs quotidien de l'HDJ de GR1. De la même manière, si « *la compétence des professionnels de santé est déterminante pour la qualité et la sécurité des soins* »³⁴, ce facteur est à prendre en compte dans la contingence de nos organisations.



Ci-contre, nous pouvons voir que les demandes de remplacements IDE ont diminué entre 2021 et 2020, en lien avec les fermetures de lits, mais que l'HDJ a continué à y recourir pour maintenir tant que possible son activité. Cela, quasiment exclusivement sur GR1. A noter que les remplacements pourvus se sont majorés au cours de l'année 2022.



³⁴ HAS, Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en Etablissement de santé, Rapport du 17/11/2022, URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf, p 21, consulté le 19/12/2022 à 8h42

L'équipe soignante de l'HDJ GR1 se compose donc pour moitié de (très) jeunes IDE auxquelles se rajoutent la présence d'intérimaires plus ou moins fidélisées. Ainsi, si la qualité et la sécurité des soins dépend largement du « savoir-agir » des professionnels en situation, l'enjeu du service est de recruter et fidéliser des IDE expérimentées. En lien avec le « consentement au travail » étudié au chapitre 1.3, la fidélisation des personnels implique aujourd'hui des conditions et une qualité de travail positives. C'est sur ces notions que se porte la dernière phase de l'état des lieux de l'HDJ.

2.3 L'environnement et les conditions de travail, éléments de la qualité de vie au travail

E. Boubil, lors d'un séminaire intitulé Vulnérabilité, soin, violences et institutions (2022) introduit la notion du soignant « vulnérable ». D'une part, cette vulnérabilité a pu être exacerbée par les nouveaux modes de management des établissements de santé recherchant une meilleure efficacité et mettant en balance l'éthique et le management par objectifs. D'autre part, la dégradation des conditions de travail en lien avec ces organisations (tarification à l'acte, diminution des effectifs) a un impact sur la relation de soin et sur les rapports au travail. Or, « *le travail doit être adapté à celui qui le fait. Les travailleurs réels ne sont pas le travailleur 'moyen'* »³⁵. Si « *le lien entre les ratios de personnel, la qualité et la sécurité des soins est étayé par la littérature* »³⁶ et malgré la proposition de loi visant à instaurer des ratios patients-soignants appelé « *ratio de qualité* »³⁷, aucune norme à ce jour n'est définie pour les HDJ et elle serait, il me semble, difficile à déterminer tant la charge ressentie est dépendante du déroulement de l'ensemble du système (disponibilité des traitements, complexité des essais thérapeutiques, charge d'encadrement des intérimaires et nouveaux arrivants, retard des différents intervenants d'aval, etc.).

Ce chapitre a pour but d'identifier les désorganisations structurelles du service afin d'agir et de proposer aux équipes des conditions de travail facilitantes et adaptées. Je fais pour cela appel à l'Ergonome de Gustave Roussy. Je relèverai également les Evénements Indésirables déclarés et enfin je m'intéresserai au ressenti de Qualité de Vie au Travail des équipes paramédicales de l'HDJ, aidée en cela, par la psychologue du travail.

2.3.1. Analyse du « travail réel » : l'intervention de l'ergonome

Selon Paule Bourret dans Prendre soin du travail (2017), l'enjeu pour le cadre de santé est de pouvoir concilier la sphère de la gestion, de la prescription et celle du travail

³⁵ Y. Clot, M. Gollac, Le travail peut-il devenir supportable ? Edition Armand Collin, Paris, 2017, p15

³⁶ HAS, Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en Etablissement de santé, Rapport du 17/11/2022, URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf, p 22, [consulté le 19/12/2022 à 9h00]

³⁷ HOSPIMEDIA, Le Sénat approuve le généralisation de ratios soignants qualité opposables, 02/02/2023

réel. En effet, même si le cadre de santé est majoritairement « *issu du rang* », cette conciliation est de plus en plus difficile car il convient de faire « *tourner le service malgré tout* »³⁸. La disjonction entre les différentes sphères s'explique en partie par le fait que la gestion, l'organisation et la rationalisation se définissent par des moyennes et pour des situations standardisées alors que le travail s'effectue sur des personnes uniques dans des situations spécifiques. Le risque est de ne plus évaluer et discuter collectivement les actions de chacun en limitant ainsi les possibilités de résolution des problèmes rencontrés à la fois par les professionnels et les patients. Le risque est de créer « *d'un côté un hôpital fantasmé, rêvé, maîtrisé, et de l'autre l'hôpital réel* »³⁹. Manager c'est prendre en compte les détails du travail qui comptent pour ceux qui le réalisent. L'évaluation du travail réel passe par la nécessité de permettre un dialogue constructif où la qualité du travail puisse être discutée.

Les difficultés structurelles ci-dessous⁴⁰ sont partagées par la majorité des HDJ d'Unicancer et elles seront à prendre en compte pour la réalisation des plans du prochain bâtiment. La surface de l'HDJ de GR1 (cf Chap 2.1.1) majore les flux et les déplacements.

5. Surface et architecture

▣ Des constats et des difficultés partagés

- ▣ Les diapositives qui suivent proposent un zoom sur chacun des HDJ visités.
- ▣ Parmi les difficultés perçues par les CLCC en lien avec les aspects architecturaux, on peut noter :
 - ▣ Une inadéquation entre le capacitaire et l'activité (manque d'espace et de lits et / ou places)
 - ▣ Une promiscuité entre les patients, engendrant des problèmes de confidentialité et de respect de l'intimité
 - ▣ Un manque d'espace d'attente adapté pour les patients
 - ▣ Un manque de salles de consultations ou des salles de consultations trop exigües
 - ▣ Une salle de soins trop petite / mal située
 - ▣ Un manque d'ergonomie pour les personnels médicaux et paramédicaux, en particulier dans les bâtiments les plus anciens
 - ▣ Un HDJ réparti sur plusieurs étages
 - ▣ Un manque d'espace de stockage
 - ▣ L'absence de salle de réunion ou de salle de détente pour le personnel

L'évolution des modes de prise en charge et des traitements étant particulièrement rapide en HDJ d'oncologie médicale, il apparaît important de disposer d'espaces modulables et évolutifs.

³⁸ BOURRET P, Mettre le travail réel au centre des préoccupations p143 à 177 dans Prendre soin du travail, Un défi pour les cadres à l'hôpital, Pour sortir le travail réel de son invisibilité, Edition Seli Arslan, Paris, 2017, p151

³⁹ Idib, p156

⁴⁰ UNICANCER, Hôpital de jour d'oncologie médicale, Visites croisées des CLCC et enquête complémentaire, 2022, diapo 64

Ne voulant pas partir d'un diagnostic préétabli et souhaitant permettre la critique ouverte des organisations et l'échange avec les soignants, dès Novembre 2022, je demande à l'ergonome de l'établissement, de réaliser une analyse ergonomique du travail en HDJ GR1. L'idée est de pouvoir évaluer le "travail réel" par l'étude de la charge physique, des contraintes pragmatiques, des flux soignants, éventuellement la gestion du temps et de proposer des aménagements pertinents. L'objectif est d'identifier des axes de progrès permettant :

- D'améliorer et maintenir la santé des travailleurs et d'augmenter leur satisfaction au travail
- D'améliorer les processus organisationnels d'un point de vue sécurité et qualité de production

Je choisis de réaliser cette étude uniquement sur GR1 d'une part car les contraintes ne sont pas les mêmes et sont de manière intrinsèque liées au volume de prise en charge et à la répartition géographique de l'activité. D'autre part, le schéma Immobilier prévoyant un site unique, donc volumineux, il me semble important d'identifier dès aujourd'hui les axes essentiels à prendre en compte pour assurer des conditions de travail optimales dans ce futur bâtiment.

L'analyse de l'ergonome doit se dérouler en 3 phases :

- Une observation préliminaire réalisée en décembre 2022 où sont remontés les points de vigilance suivants :
 - o Un ressenti peu « accueillant » au niveau du comptoir d'accueil : prise de température frontale, demande du poids et de la taille sans discrétion avec file d'attente importante des patients.
 - o Beaucoup de déplacement pour les IDE, des gestes en hauteur, une zone « bureau » du poste de soins peu adaptée car les passages y sont rapides. Il conviendrait de prévoir des bureaux à hauteur modulable.
 - o Des difficultés liées à l'attente régulière des traitements et de la réalisation des consultations médicales.
- Une chronique d'activité réalisée en février 2023 pour laquelle je n'ai, à date, pas encore de retour.
- Une analyse des flux également en attente.

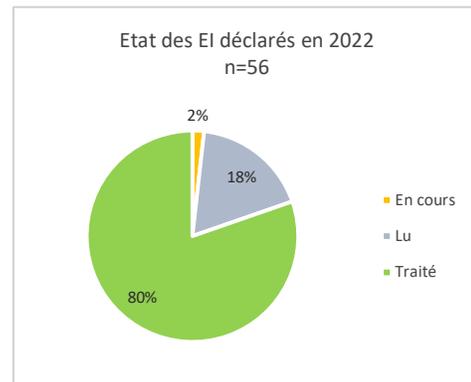
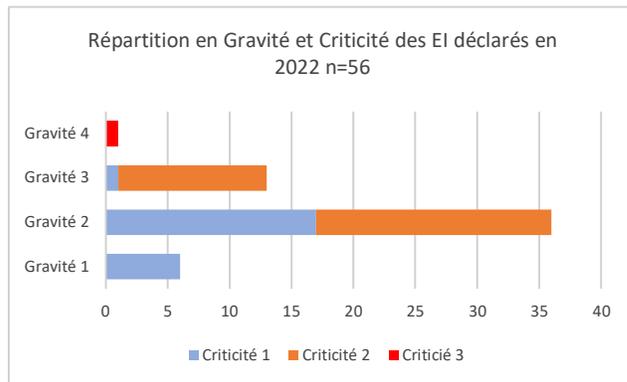
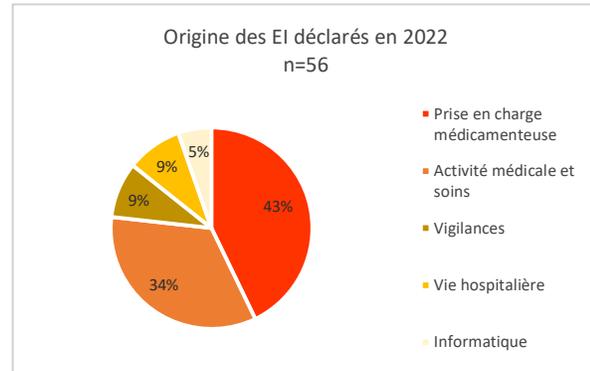
Bien que cette étape ne soit pas encore complète, les premiers éléments relevés permettent déjà d'identifier des axes d'amélioration simple quant à l'ergonomie et la pertinence des soins.

L'analyse des conditions de travail passe également par la revue de la déclaration des évènements indésirables.

2.3.2. Etude des Evènements Indésirables 2022 et PAQSS : objectif d'amélioration du circuit du médicament et de la charge de travail ressentie

L'ensemble des Evènements Indésirables (EI) concernant l'HDJ sur l'année 2022 a été recueilli auprès de la référente Qualité du service.

La culture Qualité est bien ancrée dans le service, la déclaration des EI est régulière, majoritairement réalisée par les IDE et leur étude, par le service et/ou l'institution en fonction de la portée de l'évènement, est quasi systématique.



41

La plus grande partie des EI ont un lien avec la prise en charge médicamenteuse puisque l'administration de chimiothérapie est l'activité quasi exclusive du service.

Ci-après, les causes principales identifiées des EI qui, pour la partie *Prise en charge médicamenteuse* relève de problématiques informatiques en lien avec le logiciel de prescription, ont nourri le projet institutionnel de changement de logiciel pour migrer vers Chimio^R. Les causes majeures des EI en lien avec *l'Activité médicale et de soins* sont les éléments connus qui ont donné lieu, d'une part, à la centralisation des RDV par une cellule de planification abordée au chapitre 2.1.3 et en place depuis octobre 2022. D'autre part, elles appuient la nécessité de moderniser les organisations pour alléger la perception de la charge de travail.

⁴¹ Nb : l'évènement de Gravité 4 visible sur le graphique concerne un problème informatique permettant à un personnel non médical de produire une ordonnance avec la signature d'un médecin

Catégorisation des motifs des EI en lien avec l'Activité médicale et soins & la Prise en charge médicamenteuse n=43		
Evènement lié :	Cause majeure	Total
Activité médicale et soins	autre	4
	plainte charge de travail	4
	disconcordance des rdv	4
	inadéquation charge / organisation	2
	problème circuit prescription	1
	fugue	1
	EI traitement	1
	retard d'installation avec impact sur traitement	1
	matériel	1
Total Activité médicale et soins		19
Prise en charge médicamenteuse	retard mise à disposition chimio	7
	erreur parcours médicaments (prescription - préparation - dispensation – administration)	6
	non anticipation du risque allergique	4
	autre	3
	retard préparation chimio	2
	identitovigilance	1
	EI traitement	1
Total Prise en charge médicamenteuse		24
Total général		43

En parallèle, le recueil des éléments du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins disponible dans l'Intranet (PAQSS 2022 en **Annexe 4**) appuie la consolidation parcours du médicament (notamment informatique) et l'amélioration de l'expérience patient (particulièrement en terme de temps d'attente). Nous ne disposons malheureusement pas d'enquête de satisfaction patient en HDJ.

La déclaration d'EI ayant pour objet, en partie non négligeable, la plainte de la charge ou organisation de travail, l'identification d'un indicateur de qualité de vie au travail (QVT) me paraît complémentaire. Je fais appel pour cela à la psychologue du travail.

2.3.3. La satisfaction au travail comme critère d'évaluation de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins : questionnaire d'évaluation

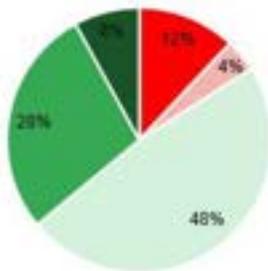
Ce dernier chapitre concernant l'évaluation des conditions de travail me permettra de mesurer, à T0 mais aussi au fur et à mesure de l'avancée du projet, le ressenti du personnel sur ces conditions et leur appréciation sur la qualité des soins qu'ils délivrent. Sous-entendu que lesdites conditions ont une influence directe sur la qualité attendue. En effet, « *les conditions de travail des personnels hospitaliers sont*

un enjeu en soi, il est nécessaire de s'assurer que les contraintes financières pesant sur les établissements de santé ne conduisent pas à les dégrader »⁴².

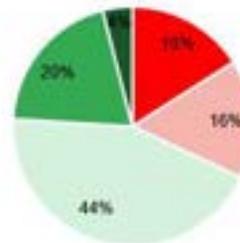
Ainsi, un questionnaire (disponible en **Annexe 5**) est envoyé par mail, à l'ensemble des soignants de GR1 & GR2 (soit 47 personnes), en semaine 6. Il est validé par la psychologue du travail de Gustave Roussy, le 01/02/2023.

Les réponses sont homogènes sur les 2 sites excepté le sentiment d'implication dans les projets du service qui apparait insatisfaisant pour le personnel de GR2.

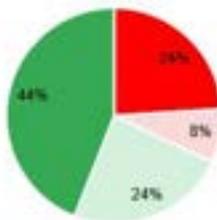
Répartition de la QUALITÉ DU TRAVAIL perçue à T0
n = 25



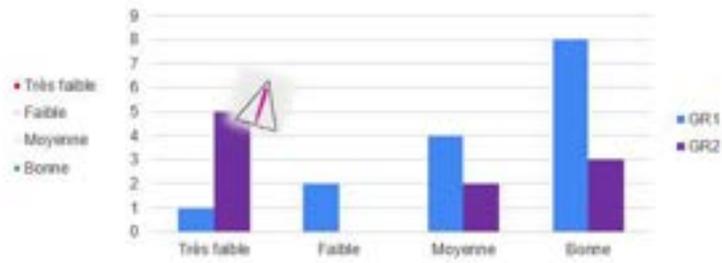
Répartition de la QUALITÉ des CONDITIONS DE TRAVAIL perçue à T0
n = 25



Répartition du sentiment d'IMPLICATION des les projets et organisations du service à T0
n = 25



Différence du sentiment d'implication entre GR1 & GR2
n = 15 GR1 & 10 GR2



⁴² BRAS P-L, « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2017/6 (Vol. 35), p. 245-263. DOI : 10.3917/jgem.176.0245. URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2017-6-page-245.htm>, [consulté le 14/03/2023 à 9/31]

Aussi, l'enjeu sera de faire basculer le ressenti « moyen » vers le « bon » et d'impliquer d'avantage les soignants de GR2.

Cet état des lieux détaillé me permet d'objectiver le manque d'homogénéité dans l'organisation de GR1 & GR2, le déficit de compétence IDE sur GR1 en lien avec la complexité des patients accueillis, une difficulté de recrutement et de fidélisation, une charge de travail ressentie comme importante, spécialement en lien avec des problèmes d'organisation (retard pharmacie). L'identification des actions à entreprendre, précisées au chapitre suivant, me permet d'établir la note de cadrage (**Annexe 6**), le Planning détaillé (**Annexe 7**), le budget prévisionnel indicatif (**Annexe 8**) ainsi que le Plan de communication (**Annexe 9**) et l'analyse des risques (exposé au chapitre 3.2). Ces livrables sont validés par le commanditaire du projet en Copil restreint le 6 janvier 2023. L'ensemble de ces livrables est issu du Kit du Chef de Projet de H.Marchat (2010).

Le cadrage du projet est ensuite présenté en Copil élargi puis aux équipes soignantes permettant le démarrage des groupes de travail (Support de présentation disponible en **Annexe 10**).

« Les chenilles elles-mêmes vous font la leçon. Qu'est-ce qu'une chenille auprès d'un ormeau ? Mais tous ses menus coups de dent dévoreront une forêt. Il faut avoir foi dans les petits efforts et lutter en insecte contre l'insecte. (...) Le plus petit effort entraîne des suites sans fin. (...) Jetez-vous dans l'action sans regarder plus loin que vos pieds, et vous sauvez vos ormeaux ».

Alain, Propos sur le bonheur, p71

3 Conduite du projet, phase 2 : des pistes d'amélioration aux pistes d'innovation, identification des zones d'incertitudes, conduite du changement par l'implication des professionnels concernés et analyse stratégique

La rencontre (littéraire) de Y. Clot et M. Gollac via *Le travail peut-il devenir supportable ?* (2017) m'oriente dans la manière dont je souhaite conduire ce projet. En effet, les risques pour la santé au travail dépendent des conditions spécifiques du travail mais également de l'organisation du travail (influençant elle-même les conditions). Les phases d'adaptation lors de changements organisationnels sont des périodes fragilisantes par le poids de la nécessité de concevoir les procédures, routines de travail et ajustements. Alors, les objectifs et les motifs du changement doivent être clairs pour limiter l'incertitude. Certains dysfonctionnements proviendraient de la méconnaissance du travail réel par la hiérarchie. Même si l'organisation parfaite paraît impossible, permettre la remontée d'information rapide (et en prendre compte) et déléguer une part suffisante des décisions à ceux qui connaissent le mieux la réalité du travail seraient bénéfiques aux organisations. La gestion des risques en santé passerait par la mise en place de nouvelles configurations organisationnelles telle que l'Organisation Apprenante. Elle mise sur l'accroissement du capital humain et permet l'autonomie, la coopération, les prises de décision collective. Elle mise sur la possibilité permanente d'apprentissage, la qualité des rapports sociaux, l'autonomie procédurale et la participation de tous aux décisions.

Ce chapitre déroulera la conduite du projet en commençant par la présentation des actions retenues. Des pistes d'amélioration (développer les activités soignantes sur le parcours patient et gagner en ergonomie et pertinence des soins), des pistes d'optimisation (refondre le management GR1 - GR2) et des pistes d'innovation (attirer les « bons » profils et stabiliser les équipes en proposant 2 types d'horaires sur un même site). Puis j'exposerai les zones d'incertitudes accompagnée de sa gestion des risques. Je m'attarderai sur les méthodes permettant de lever les freins culturels prégnants et celles permettant de faire face aux résistances politiques menaçantes. Enfin, j'étayerai l'axe « innovant » du projet d'une analyse stratégique et du détail de sa co-construction.

3.1 Présentation des actions retenues : amélioration, optimisation et innovation

L'objectif visé est de pouvoir bénéficier, pour la haute qualité de prise en charge du patient, d'une équipe détenant les compétences nécessaires à sa prise en charge efficiente et sécurisée dans une organisation cohérente et apprenante permettant l'amélioration de l'expérience patient. Les actions retenues sont de 3 ordres⁴³ : des pistes d'amélioration (qu'est-ce que je peux faire de mieux avec ce que j'ai), des pistes d'optimisation (qu'est-ce que je peux modifier dans les organisations) et des pistes d'innovation qui nécessitent une conduite du changement et une validation au niveau de la Direction.

3.1.1. Les pistes d'amélioration : développer les activités soignantes sur le parcours patients par la mise en place des consultations infirmières et gagner en ergonomie et en pertinence des soins

Plusieurs axes sont retenus, découlant de la nécessité de globaliser la prise en charge et identifiés par le premier constat de l'analyse ergonomique du travail : améliorer l'expérience patient, diversifier les activités IDE (pour lutter contre « l'industrialisation » de nos organisations). Il s'agit de mettre en place des consultations infirmières d'annonce (dites « de première cure ») et de gagner en ergonomie de prise en charge.

3.1.1.1 Mettre en place les Consultations IDE 1^{ère} cure selon les recommandations de bonnes pratiques

Depuis longtemps attendu car appréciées des IDE (« travail bien fait ») et majorant la qualité de prise en charge patient dans une notion de parcours, j'ai « profité » de la grosseur d'une des IDE de l'équipe pour la nommer Pilote de ce projet. Je ferai le résumé du pilotage de ce projet immédiatement et ci-dessous tant il n'a relevé que peu ou prou de freins.



⁴³ Notions développées par X.MARCHAND, Management RH, de la GEPP à l'organisation du travail, ESM-UPEC, Janv 2023

A ce jour, nous sommes en cours d'évaluation de l'organisation mise en place, nous poursuivons les formations des IDE et je reste en attente de l'accès à la téléconsultation et de l'optimisation de la facturation.

3.1.1.2 Gagner en ergonomie et pertinence des soins : alléger nos pratiques et les homogénéiser sur les deux sites, procéder à l'installation directe en chambre pour améliorer la perception de l'attente patient

« Un soin pertinent est le juste soin (...). La pertinence des soins est un enjeu sanitaire majeur et contribue à la soutenabilité de notre système de santé face aux contraintes démographiques, épidémiologiques et environnementales. Il est estimé qu'environ 20% des dépenses totales de santé seraient gaspillés (...) Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé (...) est supérieur aux conséquences négatives attendues (...) d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût »⁴⁴.

Cette notion, à l'échelle d'un service de soins et d'une organisation infirmière, se vérifie déjà. Bon nombre d'activités soignantes sont réalisées parce qu' « on a toujours fait comme ça » et que « c'est comme ça qu'on m'a appris quand je suis arrivée ». D'autres ne sont pas entreprises car « les autres disent que c'est dangereux, imagine si (...) !, parce que si on fait ça on va encore nous en rajouter » etc.

Il est question ici de :

- alléger nos pratiques pour ne garder que les pertinentes et les rendre cohérentes sur les deux sites (comment un patient pourrait comprendre qu'une activité soit réalisée sur un site mais pas sur l'autre ?). Ainsi, il est attendu que l'aide-soignante d'accueil cesse de demander le poids et la taille et de prendre la température des patients. D'une part, le relevé des métriques n'est pas comparé aux données du dossier médical à ce niveau-là du parcours mais en chambre (l'IDE vérifiera donc ces données lors de sa prise en charge en chambre). D'autre part, la prise de température frontale, mise en place au moment des premières vagues de Covid et non remise en question depuis, ne relève que très rarement une hyperthermie et la température auriculaire est reconstrôlée systématiquement en chambre. L'allègement de cette procédure vise l'amélioration du sentiment d'accueil du patient et le respect de son intimité par la discrétion de prise en soin.
- procéder à l'installation directe en chambre des patients sur GR1 afin de réduire leur temps d'attente et d'améliorer l'expérience patient. En effet, jusqu'à présent, les patients, sur GR1, sont conviés à attendre en salle d'attente que l'infirmière ou l'AS vienne les chercher alors que sur GR2, ils s'installent

⁴⁴ HAS, Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en Etablissement de santé, Rapport du 17/11/2022, URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf, p 41, [consulté le 19/12/2022 à 9h34]

directement en chambre. L'idée est de passer d'un « flux tiré » à un « flux poussé » permettant premièrement de réduire le temps d'attente du patient, deuxièmement, de limiter les déplacements de l'IDE et l'AS.

- modifier nos organisations de sectorisation IDE sur GR1 pour fluidifier le flux patient et limiter le temps d'attente.

Ces axes d'amélioration se confrontent à des enjeux culturels forts. Le chapitre 3.3 est dédié à leur analyse et leviers.

3.1.2. Les pistes d'optimisation : Refondre le management GR1- GR2

En novembre 2022, la Direction a souhaité refondre le management des 2 sites de l'HDJ. L'objectif attendu est la cohérence des organisations avec l'optimisation des places disponibles, la limitation des reports de RDV des patients, l'homogénéisation des prises en charge, de la charge et conditions de travail ainsi que de l'expérience patient.

La Refonte du management GR1 & GR2 signifie, en premier lieu, la simplification des lignes hiérarchiques par le détachement paramédical des hiérarchies du DMO et du Département d'Hématologie ainsi que le rassemblement sous 2 cadres et non 3. Nous sommes donc depuis rattachées directement à la Direction des soins. Les maquettes organisationnelles s'en retrouvent transformées comme-suit (à comparer avec la maquette initiale au chapitre 2.2.1).

METIER	Cadre 1	Cadre 2
INFIRMIERE DE COORDINATION	3 ETP	1 ETP
IDEP		1 GR2
IDE	½ ETP GR1 & GR2 soit 21	½ ETP GR1 & GR2 soit 21
AS	½ ETP GR1 & GR2 soit 7	½ ETP GR1 & GR2 soit 7
Coursier	1 ETP EN CDD	X

De cette modification s'en suit une conduite du changement inscrite au projet GML'Hdj qui comporte, par ordre chronologique :

- La prise en main managériale des IDE et AS de GR2 actée en décembre 2022
- L'accompagnement des équipes notamment de GR2 vers une montée en charge en lien avec la limitation des reports de RDV permis par la modification, en parallèle, du fonctionnement de la production et de la livraison des chimiothérapies
- La définition des missions d'IDE Principale (IDEP) attendues et l'accompagnement vers ces nouvelles fonctions de l'IDEC de GR2 qui avait jusqu'alors essentiellement des activités de régulation (Fiche de poste **Annexe 14** validée en février 2023).

- La négociation d'un poste d'IDEP supplémentaire pour GR1 (validé en mars 2023) et mise en place d'un fonctionnement en binôme des 2 IDEP une fois le poste pourvu
- La mise en place de la « Régulation Unique » GR1-GR2 : en regard du volume d'activité, l'adéquation qualitative des ressources aux spécificités des prises en charge et son anticipation est cruciale. Cela nécessite une vision globale du service. Professionnaliser cette mission en la confiant à des IDE permet également de diversifier leurs activités et compétences au sein d'un service « monocentré ». Cette mise en place devra définir précisément cette fonction ainsi que ses interconnexions avec les autres métiers (médecins, planificatrices, IDE en soins, encadrement, services annexes). Les étapes de la mise en place de cette Régulation Unique est spécifiée dans le planning détaillé disponible en annexe 7.

Cette modification d'organisation, fondée sur une perception globale du service, dans une démarche rationnelle demandant que le patient ait le même type de prise en charge d'un site à l'autre et les équipes les mêmes modalités de communication, a été difficilement accueillie par les membres du personnel, notamment du site de GR2 (IDE-AS-IDE-CADE). A l'image de ce que décrit H. Landier (2010), « *loin de voir dans la réorganisation décidée par le siège une décision positive, dictée par des considérations rationnelles, ils y voient tout au contraire une absurdité et une source de moindre efficacité par rapport aux modalités de fonctionnement qui leur étaient familières* »⁴⁵. Ainsi, obstacles insurmontables, fonctionnement qui va à l'encontre des intérêts des personnes concernées, amplifiés par des dysfonctionnements liés aux tâtonnements des mises en place sont vécus comme le résultat même du projet qui n'a pas de crédibilité à leurs yeux. L'obstacle politique est majeur et sera traité au chapitre 3.4.

3.1.3. Les pistes d'innovation : Attirer les « bons » profils et stabiliser les équipes en proposant 2 types d'horaires sur un même site

L'état des lieux RH traité au chapitre 2.2 a permis de mettre en exergue un déséquilibre entre les compétences IDE disponibles et les besoins en soins sur les différents sites. Le rééquilibrage de ces forces, particulièrement pour la qualité de prise en charge des patients, également pour la QVT des IDE, me semble primordial. Mon objectif est d'attirer les « bons » profils, notamment sur GR1, c'est-à-dire, des IDE expérimentées qui stabiliseraient l'équipe. De fait, les IDE expérimentées sont souvent mère de famille et/ou plus âgées et, si l'on s'en tient à l'évolution du rapport au travail (chap 1.3), la priorité sera de concilier vie professionnelle et vie personnelle/familiale. Ainsi, je propose la mise en place d'une double amplitude horaire sur l'HDJ au sein d'un même site.

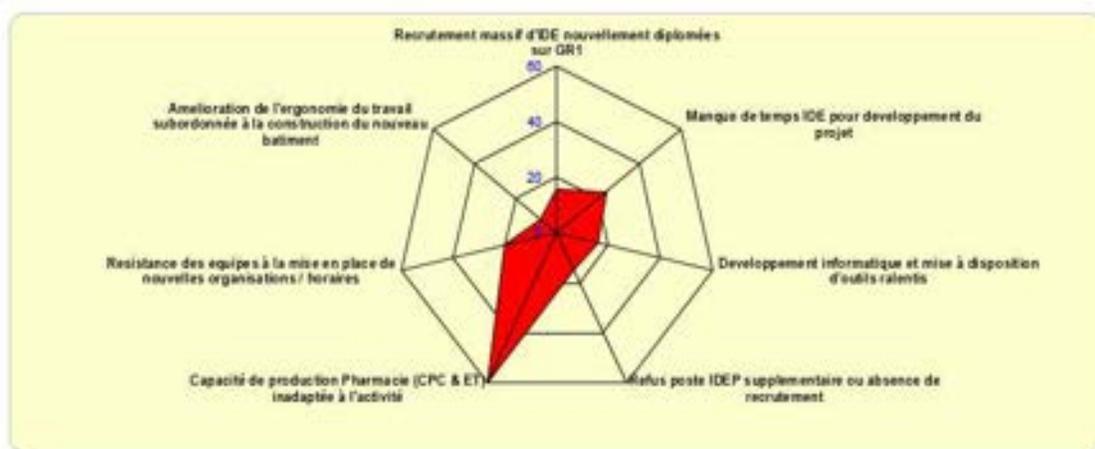
⁴⁵ LANDIER H, Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets, dans AAELSHUP Humanisme et Entreprise, 2010/1-n°296, p81 à 91

Aussi, « *l'Organisation du Temps de Travail (OTT) pèse directement sur les conditions de travail (...) En conséquence, la détermination des effectifs en lien avec l'organisation du travail joue sur le tripode de la performance hospitalière, constitué de la qualité des soins, de l'efficience économique et des conditions de travail* »⁴⁶. Ce sujet est sensible et demande validation des instances du personnel. Il fera donc l'objet d'une analyse stratégique préalable à l'action et d'une mise en œuvre précise impliquant chaque professionnel (chapitre 3.5).

En amont de la mise en œuvre de l'ensemble de ces actions, une analyse des risques est entreprise afin d'identifier les axes de prévention.

3.2 Zones d'incertitudes et grille d'analyse des risques

Cette analyse de risque est réalisée concomitamment à la note de cadrage.



L'importance du risque est chiffrée en multipliant son impact sur le projet par sa probabilité et notre capacité de détection de ce risque. Je choisis de traiter les 4 principaux risques de manière préventive, ci-dessous.

GML'NDJ		GRILLE D'ANALYSE DES RISQUES												
N°	Risques potentiels	Effet sur les objectifs	Impact					Détecté	Mesures préventives	Date	Code	Mesures correctives	Date	Code
			Impact	Probabilité	Détection	Impact	Probabilité							
1	Recrutement massif d'IDE nouvellement diplômés sur GR1	réajustement du budget heures charge recrutement et futur fragilité des compétences	4	2	1	50	+	effectuer recrutement de nouvelles diplômées sur GR1 pour "équilibrer des forces"	2012/2022					
2	Manque de temps IDE pour développement du projet	ralentissement du développement des act-IDEA signifiants	4	2	1	20	+	diversifier les IDE ressources, mettre un maximum d'IDE en fonction des soins	2012/2022					
3	Développement informatique et mise à disposition d'outils ralentis	ralentissement du développement des activités signifiants	4	2	1	50	+							
4	Surplus poste IDEP supplémentaire ou absence de recrutement	surplus des équipes dégradé charge embauchement déraisonnable	5	3	1	40	+							
5	Capacité de production Pharmacie (CPC & ET) inadaptée à l'activité	retard de prise en charge et travail "insupportable"	5	3	4	60	0	mettre règles de régulation complètement compatibles pour processus de production	1001/2021					
6	Résistance des équipes à la mise en place de nouvelles organisations / horaires	moins IDE	5	2	1	20	+	impliquer des équipes de management collaboratif	2011/2022					
7	Amélioration de l'ergonomie du travail subordonnée à la construction du nouveau bâtiment	amélioration QVT médiane	2	2	1	6	+							

⁴⁶ DUMONT JP, La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages, Master Management des établissements de santé, UPEC 2022, p108

Notons que le risque de non adhésion de l'équipe aux différentes actions du projet, avec position de force des IDE par effet de rareté, est existant. Mais je m'accrocherai à cette proposition : *« une minorité peut influencer la majorité à changer, sachant que le déterminant de cette influence n'est pas le pouvoir mais le style de comportement adopté par la minorité et la bienveillance dont elle fait preuve à l'égard de ceux qui résistent aux évolutions »*⁴⁷. *« Aussi, JM Plane définit le leadership comme « un processus d'orientation et d'influence décisif d'une personne sur l'action d'un groupe humain en vue de mettre en place une politique et d'atteindre un certain nombre d'objectifs ». Le comportement du leader aurait un impact direct sur la satisfaction des collaborateurs. Une démarche humaniste valorise le travail de groupe en permettant l'expression de leur potentiel en adéquation avec les objectifs de l'organisation. Des travaux récents mettent en avant un leader plus authentique doté de plus de créativité et attaché à des valeurs telles que l'humanisme et l'éthique. La confiance est devenue un paramètre inévitable dans le management des leaders actuels. Elle sous-entend l'intelligence situationnelle, la cohérence, la loyauté, l'intégrité et l'ouverture »*⁴⁸.

Aussi, les deux prochains chapitres s'attacheront aux méthodes permettant de lever les freins culturels et politique bousculés par la mise en œuvre du projet.

3.3 Lever des freins culturels : modifier les comportements pour changer les attitudes

Si *« La culture peut-être définie comme quelque chose que la société ou l'organisation a (...), ou comme quelque chose que la société ou l'organisation est (...) »* alors *« les organisations ou les individus possèdent des traits culturels comme un bien que l'on maîtrise plus ou moins, ou, au contraire, ils incarnent une culture qui les transcende. Dans un cas, les humains fabriquent leur culture ; dans l'autre, ils sont fabriqués par celle-ci »*⁴⁹.

Dans notre HDJ bi-site, deux cultures co-existent et s'opposent. Celle de GR1 d'abord, où le patient, de tout temps, « attend ». Victime soit de la non disponibilité des produits pharmaceutiques soit de la surcharge de l'IDE submergée par des RDV non lissés sur la journée. D'ailleurs, c'est de notoriété publique, à l'HDJ de Gustave Roussy, le patient attend des heures. Ça a été vrai mais, en tout état de cause, ces

⁴⁷ BOYER F, L'innovation managériale en action, 50 pratiques managériales innovantes, Edition Eyrolles, Paris, 2020, p278

⁴⁸ Extrait de : MBOCK T, MOULLÉ MP, MOZUN HESSEL B, TAVERNIER J, TRIVIERE X, VALADE C, Note de synthèse du Cadre Supérieur de Santé, ESM 2023

⁴⁹ DUMONT JP, Transformer les organisations de santé, UPEC 2022, p79

délais d'attente et de programmation ont largement été améliorés depuis ces 3 dernières années (indicateurs disponibles au chapitre 2.1.3) au gré de l'aboutissement des projets successifs. Néanmoins, ce sentiment perdure et s'infiltré dans toutes les générations d'infirmières travaillant dans le service, celles-ci mêmes qui n'ont jamais connu de salle d'attente pleine à craquer de patients (« *humains fabriqués par la culture* »). Des axes du projet mené, celui de l'installation directe en chambre est celui qui bouscule le plus cette culture induisant, comme vu précédemment, le passage d'un « flux tiré » (l'infirmière vient chercher le patient) à un « flux poussé » (le patient arrive à l'infirmière) ayant pour objectif la réduction du temps d'attente du patient.

La culture de GR2 est différente. Elle est celle de la perfection, des venues préparées dans le moindre détail. L'installation directe y est déjà réalisée et, par leur conditions logistiques, l'ensemble des traitements est mis à disposition le matin à 8h. Aucun temps d'attente sur ce site. Les patients en sont extrêmement satisfaits. Les patients dont le dossier permet d'accéder à ce site seulement. Les autres (besoin de consultation médicale avant validation de la cure de chimio, nécessité d'examen complémentaire, résultats de bilan reçu après 13h30 la veille ne permettant pas la validation anticipée de la cure), seront basculés la veille pour le lendemain sur le site de GR1 ou bien reportés de 24 à 48h au mieux. Dans le premier cas, la charge de travail s'alourdit sur le premier site. Dans le second cas, le patient reste l'objet de nos organisations et non pas le but. Dans cette culture, la rationalisation des processus de prise en charge (métriques du patient pris à l'accueil notamment) soulèveront inquiétude et difficulté d'adhésion avec le sentiment d'amoindrir la qualité des prises en charge.

Convaincre et persuader ne suffisent pas. L'appropriation du projet par la levée des freins culturels passera par la construction d'expériences apprenantes permettant, par l'action, de modifier les attitudes. Je propose un Benchmarking pour la modification des processus de prise en charge, une Expérience dite « Cassandré » pour l'installation directe en chambre et la diffusion des attentes et satisfaction patient comme objectif commun signifiant.

3.3.1 Benchmarking : découverte d'une organisation différente et appropriation du « mieux »

L'imbrication du projet GML'Hdj à celui du logiciel Chimio[®] nous a permis de bénéficier d'un Benchmarking auprès de l'HDJ de l'HEGP. Lors de l'organisation de ce benchmarking, je choisis d'y inclure une IDE de GR1 et l'IDEP de GR2 avec pour commande, premièrement, de se projeter vers un nouveau mode de fonctionnement lorsque le logiciel Chimio[®] sera mis en place. Deuxièmement, d'identifier les modifications de fonctionnement et de comparer nos organisations respectives. Un retour à l'équipe entière, par les IDE participantes, est attendu.

J'ai organisé la visite qui a eu lieu en Décembre 2022. Le groupe participant est composé de la Directrice des soins, de la Cadre Coordonnateur du DMO, d'une cadre

de santé référente dossier de soins informatisé, du pharmacien responsable de la CPC, d'un ingénieur biomédical, d'une IDE GR1 et IDEP GR2 et moi-même.

L'IDEP de GR2 a été absente ce jour-là. Seule l'IDE de GR1 a donc pu participer. Le compte rendu à l'équipe est réalisé en Janvier 2023 par cette infirmière sur le site de GR1. Elle a pu présenter les avantages du logiciel Chimio[®], les points de divergence entre notre organisation et celle de l'établissement visité s'appropriant déjà une partie des modifications à venir et emportant l'adhésion de ses collègues. Dès le lendemain la simplification du processus d'accueil a été mis en place. Sur GR1 seulement. L'allègement des lignes de perfusion permet une meilleure ergonomie des soins et un gain écologique. Le travail sur l'installation directe en chambre est également initié et une nouvelle expérience apprenante est mise en place.

3.3.2 Expérience Cassandré : transformation des critiques négatives en actions positives

L'Expérience Cassandré, acronyme de **Cas** et **Scénario** pour **Anticiper**, **Décider** et **Réussir** est tiré du livre de F.Boyer intitulé L'innovation managériale en action (2022). Il s'agit d'un plan d'action coconstruit à partir des causes présumées de l'échec de l'équipe devant mettre en œuvre le projet. Elle permet la libération de la parole par la critique ouverte du projet, l'expression des doutes et des craintes. Elle intègre la réalité de chacun, implique personnellement les acteurs en passant d'une critique négative à une action positive, provoquant ainsi cohésion et solidarité entre les participant pour vaincre l'échec.

Pour mener cette expérience, j'ai fait appel à la même Cadre de santé transversale présente au Benchmarking et responsable, entre autre, de l'équipe du Pool. Sa grande pédagogie, son regard extérieur au service ainsi que la nouveauté apportée à l'équipe sont des atouts incontournables. Elle deviendra pilote de ce projet.

L'expérience s'est déroulé en 4 fois 1h. Elle a réuni 6 IDE dont 2 IDE en cours d'encadrement et 2 AS. La première réunion a consisté à recueillir toutes les causes présumées de l'échec à l'installation directe en chambre et de les classer. Les deux suivantes ont permis d'identifier les actions « non réalisées » (et donc à réaliser) qui ont conduit à l'échec et à prioriser celles à mettre en place. La quatrième session est le rendu à l'équipe entière par une IDE et une AS nommées référentes du groupe. La partie de l'équipe participant à ce travail s'est persuadée du bien-fondé de l'installation directe en chambre, facilitant sa mise en place le lendemain de la présentation.

Le suivi de cette organisation est donc réalisé par ma collègue Cadre permettant la remontée rapide des problématiques rencontrées et d'y répondre en réajustant et en réalisant, avec l'aide de la Coordinatrice des Relations Patients, un questionnaire satisfaction patient. En effet, quoi de plus signifiant pour une équipe soignante que l'amélioration de l'expérience patient ?

3.3.3 Les attentes et la satisfaction du patient comme objectif commun signifiant

« La HAS précise (...) d'une part que "la qualité de vie au travail est nécessaire à une bonne qualité des soins et d'autre part que la délivrance de soins de qualité est nécessaire pour que les professionnels perçoivent une bonne qualité de vie au travail"⁵⁰. Aussi, « la norme (...), si elle est proche du sens commun, peut susciter assez facilement l'adhésion du plus grand nombre. Qui peut être contre la qualité des services rendus à la population et, en particulier, aux patients ? »⁵¹.

Deux étapes sont envisagées pour la création d'un objectif commun signifiant, toutes avec l'aide de la Cadre transversale et de la Coordinatrice des Relations Patient.

- Un questionnaire de satisfaction pour évaluer directement le bénéfice de l'installation directe en chambre sur GR1. Ce questionnaire est réalisé en mars 2023. Le résultat est ci-contre⁵²



- Une évaluation d'un patient partenaire envisagée pour le mois de mai. La grille d'entretien est en cours de construction et tentera d'interroger en partie les « 8 principes de l'approche centrée sur le patient selon le Picker Institute »⁵³ : respect des valeurs du patient, coordination des soins, information du patient, confort physique, support émotionnel, accueil, continuité des soins et accès aux soins. Une IDE, accompagnée d'une Aide-Soignante mènera l'entretien dont elles rendront compte à l'équipe.

Le benchmarking et l'expérience Cassandré, parce qu'impliquant directement les personnes concernées par le projet, ajoutés aux résultats sur l'expérience patient, devraient permettre de transformer les attitudes. Mais aux freins culturels présentés ici s'ajoutent les freins politiques.

⁵⁰ BOURRET P, Prendre soin du travail, Un défi pour les cadres à l'hôpital, Edition Seli Arslan, Paris, 2017, 190p

⁵¹ DUMONT JP, Transformer les organisations de santé, UPEC 2022, p82

⁵² Gustave Roussy, A.De-Jesus, Enquête HDJ.Installation directe, 2023.04.07, diapo 3

⁵³ HAS, Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en Etablissement de santé, Rapport du 17/11/2022, URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf, p 43, [consulté le 19/12/2022 à 9h34]

3.4 Faire face aux freins politiques : rapport de force

Le refonte du management de l'HDJ, faisant de 3 HDJ différents (GR1 onco – GR1 Hémato – GR2 onco) un seul et unique HDJ, avec des processus communs et cohérents et des parcours patients similaires soulèvent des freins politiques majeurs. La planification et la régulation uniques et centralisées impactent les organisations. De plus, pour permettre cela, il a été demandé à la CPC une modification de leur processus de production leur faisant prioriser la fabrication des traitements en fonction de l'heure des RDV et non plus en fonction des sites de RDV. Ci-dessous l'évaluation des gains et pertes des acteurs expliquant les freins politiques identifiés.

	GAIN	PERTE
GR1	QVT Autonomie (régulation unique) Répartition plus équitable de la charge de travail Diminution des temps d'attente pharmacie → Réclame une augmentation de la prime de régulation	
GR2	Appartenance Rattachement à GR1 (GR2 verbalise facilement le fait d'être « oublié » de Gustave Roussy) Intégration dans les projets	Pouvoir QVT Augmentation de la charge de travail Perte du contrôle des RDV patient Attente majorée pour quelques patients et apparition d'aléas
Patient	Expérience patient équivalente d'un site à l'autre Diminution globale des temps d'attente Respect des dates de RDV Accès aux soins	

Les équipes de GR1 et GR2, chacune pour des raisons différentes, manifestent l'expression d'un rapport de force jouant sur l'incertitude de la disponibilité des ressources humaines (recrutements / départs / « rareté infirmière »). Les infirmières en charge de la Régulation sur GR1 iront jusqu'à l'expression d'un chantage : en l'absence de revalorisation professionnelle (financière) sur le poste de Régulation, elles refusent de poursuivre cette activité (première demande orale en décembre 2022, premier mail en janvier 2023, relance en mars 2023).

Dans cette lutte politique, voici les tactiques développées par la Direction et conduites auprès des équipes :

- Créer une culture partagée. Celle de la satisfaction patient et de son accès aux soins. Le sens de l'ensemble des réorganisations entreprises est bien tourné vers le patient (satisfaction, temps d'attente, respect des convocations et des délais de prise en charge). La diminution de la QVT sur GR2 est la contrepartie de l'amélioration des prises en charge pour l'ensemble des patients.
- Imposer : le management unique GR1 & GR2 ainsi que le processus de programmation et de validation de la venue ne sont pas discutés. Parce que rien ne la justifie (en terme de compétence et de charge) la revalorisation de la prime de régulation n'est pas validée.
- Reconnaître le travail : les équipes sont remerciées de leurs efforts lors d'une réunion animée par la Directrice des Soins et le Directeur des Opérations en janvier 2023.

Nous verrons dans le chapitre 5, portant sur la critique du projet, que ces freins ont été sous-estimés.

Pour l'heure, je vous propose un zoom sur la partie « horaire » du projet, mettant elle aussi en jeu des freins culturels et politiques et mobilisant les notions de droit du travail.

3.5 Zoom sur le projet « horaire » : étude stratégique et co-construction

L'organisation du temps de travail est aujourd'hui « le nerf de la guerre » tant pour permettre au personnel d'équilibrer vie professionnelle et vie personnelle que pour rendre attractifs nos services. Le dessein est de pouvoir proposer différents types d'horaires afin de recruter des profils hétérogènes d'IDE et ainsi consolider et stabiliser les équipes soignantes. Je choisis de réaliser une étude stratégique d'amont puis je détaillerai la mise en œuvre du projet, basée sur la co-construction.

3.5.1. Analyse stratégique d'amont : PEST – SWOT – FCS

Les apports théoriques sur la stratégie par C.Tcheng (2022) me permettent, au vu des descriptions réalisées en amont, de proposer, ci-dessous, une analyse macro-environnementale (Politique Economique Socio-culturelle et Technologique dite « PEST ») des variables impactant les recrutements infirmiers en HDJ. Elle me permettra d'établir un SWOT puis de déterminer les Facteurs Clé de Succès (FCS).

Analyse	Variables Pivots
Politique	Politique de recrutement forte avec incitation financière institutionnelle remarquable pour le recrutement et la fidélisation des IDE Attractivité des métiers du soin, Raréfaction des ressources IDE, particularité de l'Île de France IDF (logement, transport et chrono-distance, arrivée du métro en 2024)
Economique	Virage ambulatoire et valorisation T2A prédominante Modification des modes de financement des établissements de santé à venir
Socio-culturelle	Modification du rapport au travail : <ul style="list-style-type: none"> - Besoin équilibre vie professionnelle / vie personnelle, - Demande accrue de reconnaissance et de valorisation de la part des collaborateurs - Développement de modèle d'Organisation Apprenante
Technologique	Réseaux sociaux et de communication des collaborateurs diffusant les informations positives ou non

De ce PEST, le SWOT est établi :

	FORCE	FAIBLESSE
INTERNE	2 profils recherchés présents dans le service (facilité de mise en place) Facilité de mobilité au sein du service (sites) ou de l'établissement	Difficultés de recrutement sur GR1 Difficultés de « fidélisation » Echec d'une première négociation horaire concernant la durée de la pause méridienne au 2eme trim 2022 Flux patient / organisation perfectible
	OPPORTUNITÉ	MENACES
EXTERNE	Modification du rapport au travail : Besoin équilibre vie pro / vie perso Politique financière institutionnelle forte pour recrutement et fidélisation IDE Possibilités de communication / « publicité »	Manque d'attractivité des métiers du soin, notamment en IdF « Rareté » IDE Capacités de communication / « black list »

Ainsi, les Facteur Clé de succès sont :

- La co-construction et l'implication des équipes pour acceptation du projet
- La communication positive au-delà du service
- L'organisation de travail et du flux patient cohérent avec la qualité de vie au travail

Ces éléments me permettent de définir les actions à mettre en œuvre pour mener à bien ce projet.

3.5.2. Co-construction du Projet « horaires mixtes »

Notons que cette partie s'appuie largement sur les notions développées par JD Dumont (2022) et sur les outils de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour l'organisation du temps de travail (OTT).

D'autre part, dans Concevoir le travail en horaire atypiques, issu d'un congrès d'ergonomie de Genève (2022), mon attention est portée sur le fait que la conception des temps de travail ne se limite pas au changement horaire mais s'accompagne d'une réflexion sur la nature et les conditions du travail. Les contraintes du travail modulent les effets du travail sur la santé. Je prendrai soin d'élaborer les scénarii organisationnels de manière systémique en intégrant dans ce processus de création l'ensemble des acteurs du service (IDE - AS - Médecin) afin de discuter les règles sur la base du travail réel au travers de leurs différentes logiques professionnelles.

Ci-contre, le rétroplanning du projet.

Les groupes de travail montés, sur GR1 et sur GR2, ont permis de questionner le temps de travail et la mixité des horaires sur les deux sites, d'identifier les souhaits préférentiels des IDE mais également de nommer les points d'achoppement dans l'activité quotidienne.

S'en suivent le montage des scénarii et l'identification de leurs avantages et leurs inconvénients aboutissant au choix de 2 scénarii présentés en Copil, puis à la DRH et à la Responsable des Relations Sociales et du Droit du Travail pour préparation de la présentation aux instances en mai 2023.

Temps	15/01/2023 - 15/02/2023			15/02/2023 - 13/04/2023				04/06/23 - 06/08/23		25/05/2023		juin 2023 - sept 2024	
Etapes	PREPARATION			DEFINITION				VALIDATION			MISE EN PLACE - EVALUATION		
Actions	Demande de chronogramme d'activité	Validation et consolidation des données RH et de gestion du temps disponibles	Constitution du groupe de travail comprenant des DE expérimentés et novices des deux sites, SAS de chaque site et 1 Médico-économiste	1er groupe de travail : recensement des souhaits des professionnels sur les amplitudes horaires	2ème groupe de travail : identification des points d'achoppement de la journée de travail	Calcul de scénarios horaires avec ETP et tranches horaires correspondantes pour prise en charge patient équivalente à 2000h avec identification des avantages et inconvénients de chaque contrat	Présentation, Comparaison et Validation des scénarios retenus en CspE	Réunion de concertation pour présentation CSE avec étude préliminaire pour passage possible maintenant en 30min	Présentation aux équipes des scénarios retenus	Adaptation des outils de planification et de répartition d'activités en regard des nouveaux horaires	Passage en CSE	Recrutement - Intégration - Evaluation	
Acteurs impliqués	Directeur des Opérations (DO)	Responsable RH	DE - AS - Médico-économiste	Groupe pilote et ensemble des professionnels via les pilotes	Groupe pilote	Chef projet	Copiloteurs : Directeur Opération, DR, Cadre HDI	DRH - Responsable Relations sociales et DSI du travail - DO - DI	Chef projet	Chef projet - Cadre HDI - DO		Cadres HDI - Equipe soignante	
Communication	Information du projet par mail au Service Antidépresse et de Santé Sociale			CI réunion aux pilotes	CI réunion aux pilotes				CI réunion aux équipes		Allegation des postes internes et externe et communication institutionnelle dans "Le Soutien"		
Indicateurs	indicateurs de processus sur nombre de réunions réalisées et nombre de participants										nombre de recrutement - profil DE recrutés - Turn Over - Mobilité sur les sites - Amélioration/taux quotidien d'activité		

Scénarii, enjeux et conséquences

Capacité indicative théorique patient en fonction des caractéristiques du site	scénario	Nb lits actifs / jour GR2			Nb lits actifs / jour GR1	Nb lits actifs / jour GR2	jours où patient peut être chargé / jour	Nb ETP GR1 (hors ETP + GR2)	Nb ETP GR2 (hors ETP + GR1)	Nb ETP GR1 + GR2	Ecart ETP théorique
		actifs	actifs	actifs							
scénario 0	DE GR1 GR2 7h-GR2	10	10	9	7,5	9	208	20	228	0	
scénario 1	MDTE GR1 et 7,5	12	10	9	10	9	239	18	257	4	
scénario 2	MDTE GR1 et 7,5	12	10	9	10	9	202	18	220	4	
scénario 3	MDTE GR1 et 7,5	9	12	9	10	9	207	18	225	4	
scénario 4	MDTE GR1 et 8	4	9	9	10	9	208	18	226	3	
scénario 5	MDTE GR1 et GR2 7h-GR2	9	12	9	10	9	207	18	225	3	
scénario 6	MDTE GR1 et GR2 7h-GR2	12	10	9	10	9	204	17	221	3	
scénario 7	MDTE GR1 et 7,5 GR2 7h-GR2	12	10	9	10	9	198	17	215	4	

ETP GR1 théorique	GR1 GR2 CY14	GR2	Conséquences GR1 + 1 GR2 PLG + 1 GR2P + 1 GR2P	GR2	GR1	GR2	GR1
30	30	30	30	30	30	30	30
1	1	1	1	1	1	1	1
-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1

GR2: 19 PATIENTS / 2000gr

MÉRITÉ SUR LES DEUX SITES	
AVANTAGES	INCONVENIENTS / RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> *Équilibrage des compétences et des profils sur les 2 sites *Mobilité du personnel sur les 2 sites 	<ul style="list-style-type: none"> Modifie les horaires d'ouverture de GR2 GR2 souhaite garde alternance M/S

PASSAGE de 7h30 à 9h	
AVANTAGES	INCONVENIENTS / RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> *Apaisement climat social GR2 *Majoration des ETP → attractivité *Possibilité de négocier les 30' de pause méridienne 	

PASSAGE de 10h à 11h	
AVANTAGES	INCONVENIENTS / RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> *Attractivité *No ETP stable *Condition d'accueil du patient améliorée (compatibilité avec vie professionnelle / personnelle) *Passage au 30' de pause méridienne automatique *Innovation organisationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Modifie les horaires d'ouverture et de fermeture des HDI (parait imbécile sur GR2) (7h30-20h ?) *Impact sur AS - Médécins - service annexés (Pharmacie - accueil central - Urgences - Crèche) *Risque problème de transport patient (ambulance - taxi - VSL ?) *Majoré le risque d'erreur (?) → importance de sécuriser l'activité et pompes connectées ☹

L'attrait du 12h pour les équipes est sans appel mais pose évidemment question. L'impact de cette amplitude horaire n'est pas anodine sur la santé physique et psychologique des travailleurs et la littérature est assez divergente sur les effets des rythmes de travail pour les agents. Je me suis intéressée à une étude qui propose de mesurer l'impact du rythme de travail sur la santé perçue des soignants et les demandes psychologiques au travail. Elle est étayée par de nombreuses études antérieures. Elle est réalisée par S.Schoenberger, D.Gilibert & I.Banovic (2015), ergonomes. Les résultats indiquent que la perception de la santé entre ceux qui travaillent 12h ou 8h est globalement similaire néanmoins, le personnel en 12h se perçoit moins fatigué et moins épuisé émotionnellement (impact des repos plus important, meilleure relation entre collègue liée à la concertation du service sur le temps de travail, volontariat des personnes qui travaillent en 12h). Le choix du rythme de travail semble être protecteur pour la santé. Pour garder les bénéfices du travail en 12h les agents ne devraient pas travailler plus de 2 jours consécutifs et avoir de réels repos compensateurs qui permettent récupération et coupure avec le travail. Selon l'étude, les horaires de travail ne sont pas déterminants sur la perception des exigences mentales du travail. Les soignants travaillant en 12h jugent leurs horaires plus pratiques. *« Il semble logique de penser que plus l'amplitude horaire de travail est élevée, plus la personne risque d'être fatiguée, épuisée, de percevoir une santé moins de bonne qualité. Pourtant, nos résultats indiquent l'inverse »*⁵⁵. *« Pour qu'un service fonctionne en 12h, il faut une concertation avec l'équipe soignante, débattre de l'opportunité de travailler en 12h et obtenir l'accord de l'équipe soignante. Ce processus de négociation et de vote permet aux soignants d'agir, agir ensemble, pour obtenir les horaires de travail qu'ils souhaitent. Ceci peut renforcer les liens entre les soignants et donc améliorer la cohésion d'équipe et ainsi réduire leur stress et épuisement émotionnel »*⁵⁶.

Sur le plan juridique, le travail quotidien ne peut dépasser 10h (art L.3121-31 du Code du travail), toutefois l'art D3121-19 du même code prévoit *« qu'une convention ou un accord collectif de travail étendu ou un accord collectif d'entreprise ou d'établissement peut prévoir le dépassement de la durée maximale quotidienne de travail à condition que ce dépassement n'ait pas pour effet de porter cette durée à plus de douze heures »*⁵⁷. L'amplitude horaire de 12h existe déjà sur Gustave Roussy. Néanmoins, le passage en 12h des IDE n'aurait de sens que dans un projet institutionnel d'envergure, incluant, à minima, des modifications d'ouverture de la CPC.

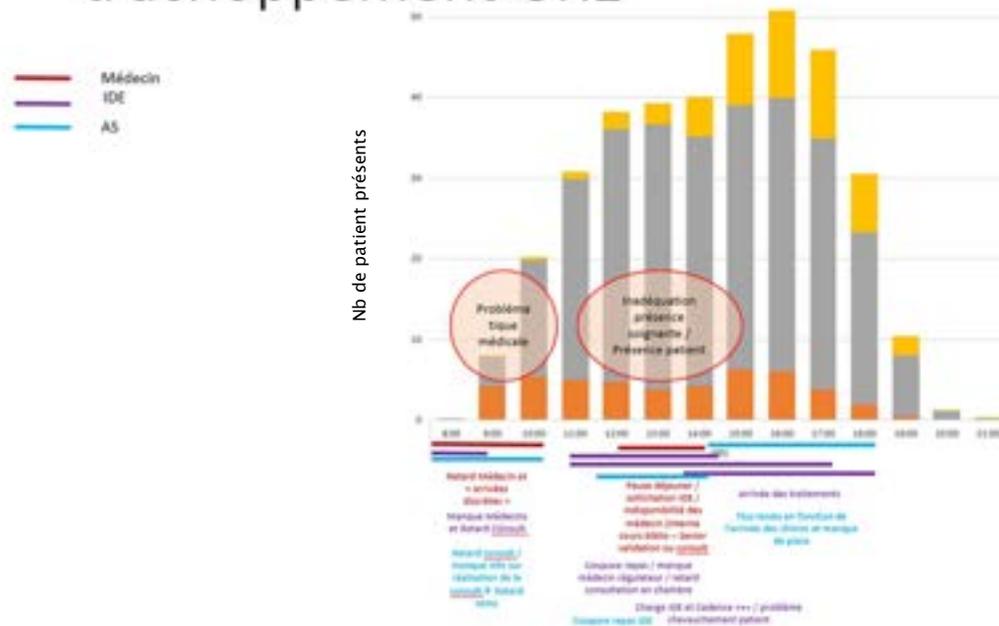
⁵⁵ SCHOENDERGER S, GILIBERT D, BANOVIC I, Impact du rythme de travail sur la santé perçue des soignants et les demandes psychologiques au travail, dans Psychologie du travail et des Organisations, n°21, 2015, p 149-169

⁵⁶ Idib

⁵⁷ Idib

Des scénarii proposés, nous garderons donc, pour GR2, du fait de la complexité d'élargir les horaires d'ouverture de ce site par les contraintes logistiques associées, un scénario à une amplitude horaire fixe (« petite journée »). Pour GR1, nous proposons une amplitude horaire mixte (10h + « petite journée »). L'enjeu est de passer du 7h30 pour la « petite journée » au 8h afin d'atteindre, au-delà de l'objectif de recrutement, la concordance entre la présence IDE et l'activité de soins par le passage de la pause méridienne en 30min. Il paraît en effet primordial que le chronogramme des présences IDE soit superposable au chronogramme d'activité. Ci-dessous les chronogrammes d'activité des 2 sites avec les points d'achoppement identifiés par les soignants lors du deuxième groupe de travail puis l'évolution de ces chronogrammes en fonction des différents scénarii⁵⁸.

Chronogramme d'activité et point d'achoppement GR1



⁵⁸ Gustave Roussy, HDJ, MP Moullé, Horaire – enjeux – conséquences, 2023.03.09, diapo 5–6–9–10

Chronogramme d'activité et point d'achoppement GR2

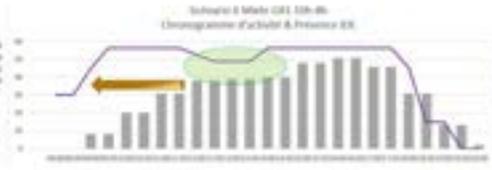
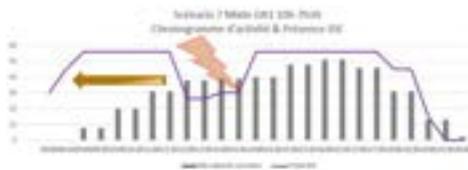
— Médecin
— IDE
— AS

Nb de patient présents



Evolution Chronogrammes selon Scénarii GR1

⚡ Zone tension
● Avantage
➡ Optimisation programmation



Evolution Chronogrammes selon Scénarii GR2

⚡ Zone tension
● Avantage
➡ Optimisation programmation

— Médecin
— IDE
— AS



Au moment de la rédaction de ce travail, la prochaine étape est celle de la validation du projet par le CSE au 25/05/2023. L'étude juridique pour le passage de la pause méridienne de 60 à 30 min est en cours par la Responsable Relation Sociales et Droit du Travail.

Atteindre les objectifs fixés par un projet nous conduit à mener maintes actions pour y parvenir et au cours d'entre elles, les objectifs sont alors révisés. Néanmoins, et même si la majorité des actions sont encore en cours de mise en œuvre, la mesure de la réussite d'un projet passe par la définition d'indicateurs précis. C'est ce que nous aborderons dans le prochain chapitre qui me permettra également de critiquer le travail entrepris et d'exposer les perspectives pour demain.

« Juger d'une situation, poser un problème difficile, en chercher la solution, ne point trouver, ne savoir à quoi se résoudre, tourner dans les mêmes pensées comme un cheval au manège, cela seul, direz-vous, est un tourment, et l'intelligence a des pointes aussi pour nous piquer. Non, point du tout. Il faut justement commencer par ne point tomber dans cette erreur-là. Il y a des problèmes où l'on ne voit rien ; et l'on s'en console aisément. (...) ce qui nous blesse, dans les pensées inextricables, ce ne sont pas les pensées inextricables, c'est plutôt une espèce de lutte et de résistance contre cela même, ou, si vous voulez, un désir que les choses ne soient pas comme elles sont. »

Alain, *Propos sur le bonheur*, p134

4 Gestion du projet, phase 3 : évaluation, critique et perspectives

L'évaluation du projet passe par trois chemins. Le premier, celui de la présentation des indicateurs permettant la mesure de l'écart entre les résultats attendus et ceux obtenus. A la gestion d'un projet s'applique une méthodologie précise et la prise en compte d'incontournables. Je soumettrai, en deuxième axe, mon auto-évaluation en regard de ces incontournables. Enfin, je terminerai par ce que cette traversée m'a apporté : du plaisir au travail et des perspectives élargies pour demain.

4.1 Les indicateurs du projet : objets d'évaluation et de communication

Au-delà d'évaluer l'impact ou la réussite du projet, les indicateurs représentent un outil de communication essentiel. Nous pouvons différencier les indicateurs d'analyse (pour l'encadrement, la direction) de ceux d'actions ou de communication (davantage pour les équipes). Ils permettent de partager le même langage, d'objectiver chaque situation en la transformant en données concrètes et ainsi suivre leur évolution.

Un « bon » indicateur se doit d'être efficient et d'apporter des éléments à la réflexion. Il doit également être explicite, simple à manier et à renseigner et appréhendable par tous. La notion de fréquence d'utilisation est essentielle en fonction de ce que l'on veut suivre.

En suivant V. De Gaulejac (2009), je fais le choix de développer des outils au service d'une compréhension globale du service. Parce que « *la gestion retrouvera la crédibilité qu'elle a perdue si elle peut apporter plus de sens et moins d'inisgnifiance, plus de compréhension et moins de prescription, plus d'analyse qualitative et moins de mesure quantitative* »⁵⁹, je souhaite bien évidemment faire ressortir des indicateurs d'activité (donc financiers) mais, avant tout, des indicateurs de qualité. La mesure de l'impact des mesures entreprises sur les Ressources Humaines est au premier plan.

Je vous détaillerai dans un premier temps les indicateurs retenus et je vous présenterai ensuite les indicateurs disponibles au 31/03/2023.

4.1.1. Indicateurs définis et leur destination

Vous trouverez ci-contre la synthèse des différents indicateurs retenus. Ils permettent, à partir de quelques graphiques construits pour certains, de communiquer, évaluer et agir. Pour chaque indicateur est évoqué : le type, la nature, la cible à atteindre (si existante), la fréquence, l'intérêt, les personnes à qui il s'adresse (Commanditaire, Copil, Direction, Equipe), leur provenance (qui et comment) ainsi que les supports et/ou l'occasion de communication utilisés le cas échéant. En orange ceux déjà disponibles, présentés ensuite. Certains ne sont pas encore construits, notamment la mesure de la satisfaction patient, mais le sujet est en cours de réflexion avec la Coordinatrice des Relations Patients

⁵⁹ DE GAULEJAC V, La société malade de la gestion, Edition du Seuil, Paris, 2009, p304

TYPE	NATURE DE L'INDICATEUR	INDICATEUR	CIBLE	FREQUENCE	OBJECTIF	INTERET	POUR QUI	QUI	COMMENT	SUPPORT/OCCASION DE COMMUNICATION
Qualité	Processus	Nb de participants aux réunions d'information en lien avec le projet	50% des effectifs présents	NA	ANALYSE	Mesurer l'intérêt des équipes au projet et leur implication	Commanditaire	Copil	Liste émargement	Evaluation du projet
Qualité	Processus	Nb de groupe de travail réalisés dans le cadre du projet	NA	NA	ANALYSE	Evaluer l'opportunité d'implication des équipes dans les actions du projet	Commanditaire	Chef projet	Liste émargement	Evaluation du projet
RH	Processus	Nb IDE formés à la consultation	Toute IDE ayant les compétences pour	trimestriel	ACTION COMMUNICATION	Mesurer l'efficacité du plan d'action	Equipe	Réfèrent Consultation	Planning	Evaluation du projet
Activité	Résultat	Activité réalisée	maintien	mensuel	ACTION COMMUNICATION	Suivre les objectifs institutionnels	Direction, Copil	SID	SID	Graphique activité
Qualité	Résultat	Réduction du temps d'attente patient	80% installés et traités dans les 30min	hebdomadaire	ACTION COMMUNICATION	Evaluer l'impact du plan d'action sur l'expérience patient	TOUS	SID	SID	Graphique activité Indicateur Qualité
Qualité	Résultat	Satisfaction patient	85% patients satisfaits	semestriel	ACTION COMMUNICATION	Mesurer l'impact du plan d'action sur l'expérience patient	TOUS	Coordinatrice patient	Questionnaire patient	Evaluation du projet Indicateur Qualité
Qualité	Résultat	Revenu QVT	Amélioration des résultats initiaux	semestriel	ANALYSE ACTION COMMUNICATION	Mesurer l'impact du plan d'action sur les RH du service	TOUS	Chef projet	Questionnaire équipe	Evaluation du projet Indicateur Qualité
Qualité	Résultat	EI lié à l'activité médicale et de soins	diminution des EI pour plainte charge de travail	annuel	ANALYSE ACTION	Mesurer l'efficacité du plan d'action Anticiper toute dégradation de prise en charge	Copil	Réfèrent Qualité	Listing EI	Indicateur Qualité
RH	Résultat	Mixité des profils IDE recrutés	40% IDE <2ans de DE à 1an puis 30% à 2 ans	annuel	ANALYSE	Mesurer l'efficacité du plan d'action	Copil, Equipe	Chef projet	DRH	Evaluation du projet
RH	Résultat	Turn over	<25%	annuel	ANALYSE ACTION	Mesurer l'efficacité du plan d'action	Copil, Equipe	Chef projet	DRH	Evaluation du projet
Activité	Structure	Nb de consultation IDE réalisées	100% des nouveaux patients	mensuel	ANALYSE ACTION COMMUNICATION	Mesurer l'adéquation du dispositif au besoin de prise en charge des patients	Copil, Equipe	Chef projet	SID	Indicateur d'activité
Organisation	Structure	Nb de processus questionnés	NA	annuel	ANALYSE	Evaluer la pertinence du projet	Commanditaire	Chef projet	Reporting	Evaluation du projet
RH	Structure	Nb ETP pourvus	80%	annuel	ANALYSE ACTION COMMUNICATION	Mesurer l'impact du plan d'action sur les RH du service	TOUS	Chef projet	DRH	Evaluation du projet

4.1.2. Indicateurs disponibles au 31/03/2023 : implication des équipes, augmentation et diversification de l'activité, diminution des temps d'attente

Je distinguerai les indicateurs présentés sous trois axes, ceux de structures, qui permettent d'évaluer et de rendre compte de ce qui a été conduit. Ceux de processus qui estiment la participation et l'importance du travail fourni dans ce projet et ceux de résultats qui apprécient la réussite du projet.

4.1.2.1 Indicateurs de structures : 6 processus questionnés et consultation infirmière en place

Lors de ce projet portant sur la modernisation des organisations soignantes, 6 processus ont été questionnés et modifiés :

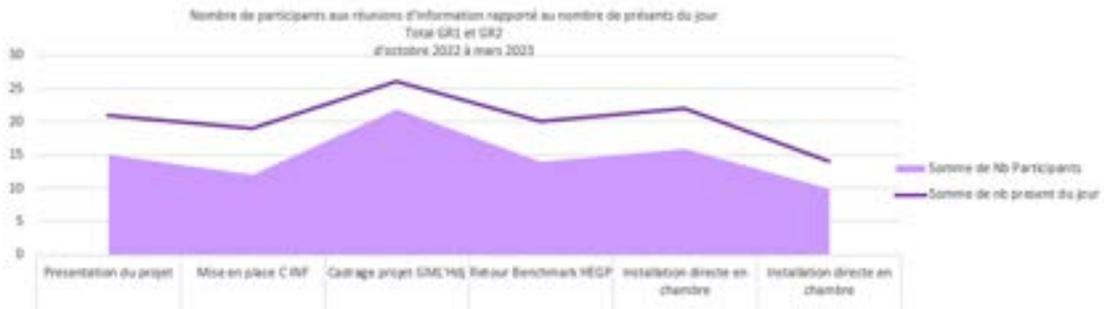
- Sur l'axe du développement des activités soignantes sur le parcours patient : La consultation infirmière
- Sur l'axe de l'ergonomie et de la pertinence des soins : Conditions d'accueil du patient, montage de perfusion, répartition des missions Aide-soignante
- Sur la Refonte du management de l'HDJ : fonction d'IDE Principale, Régulation Unique
- Sur l'axe de recrutement et de compétence : organisation du temps de travail

Les consultations IDE de 1ere cure sont en place. Ci-dessous, le nombre de consultations réalisées et le nombre d'IDE formées.



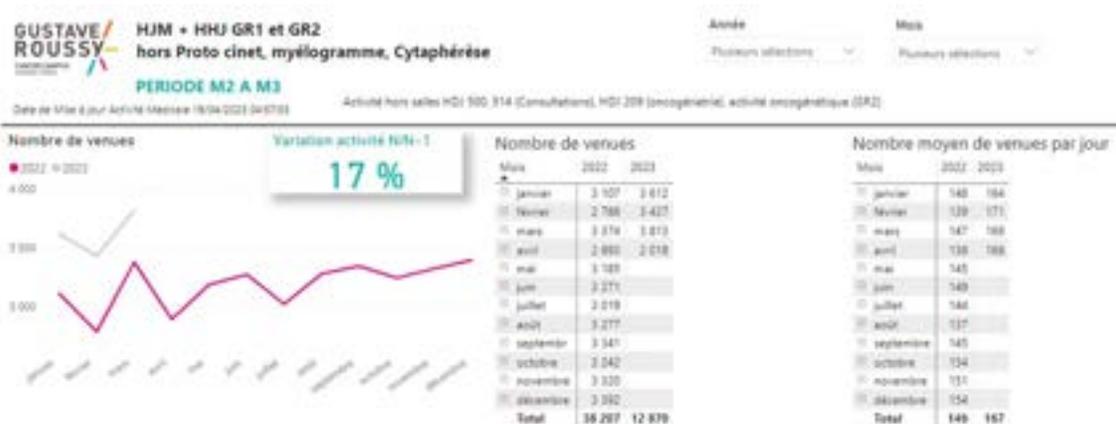
4.1.2.2 Indicateurs de processus : mobilisation des équipes soignantes

Les équipes ont été et se sont mobilisées pour les sujets traités.

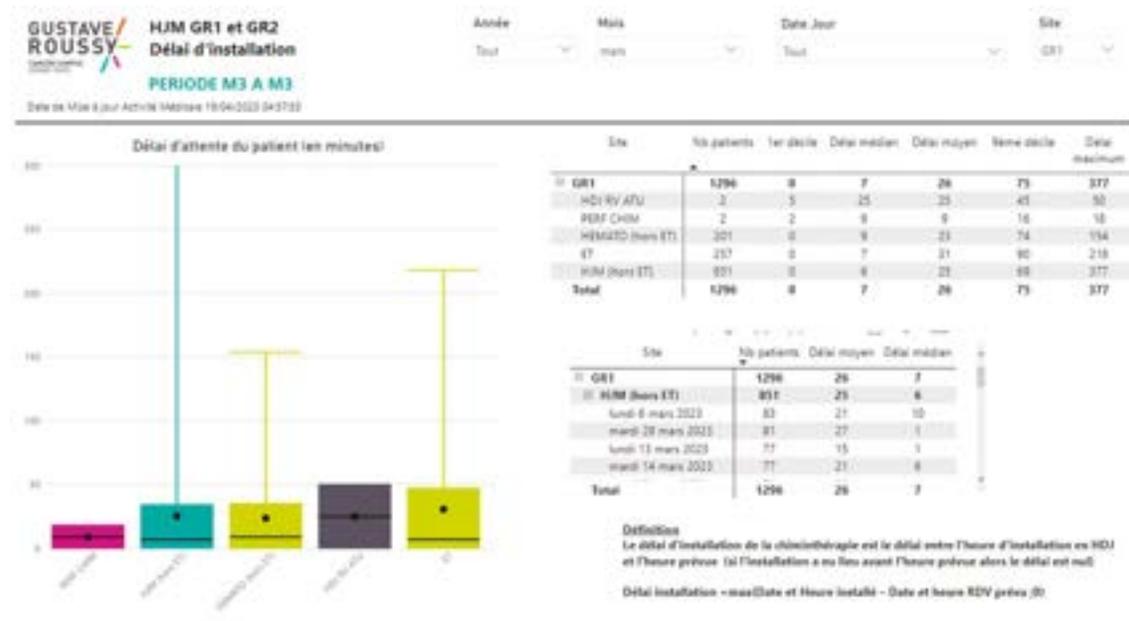
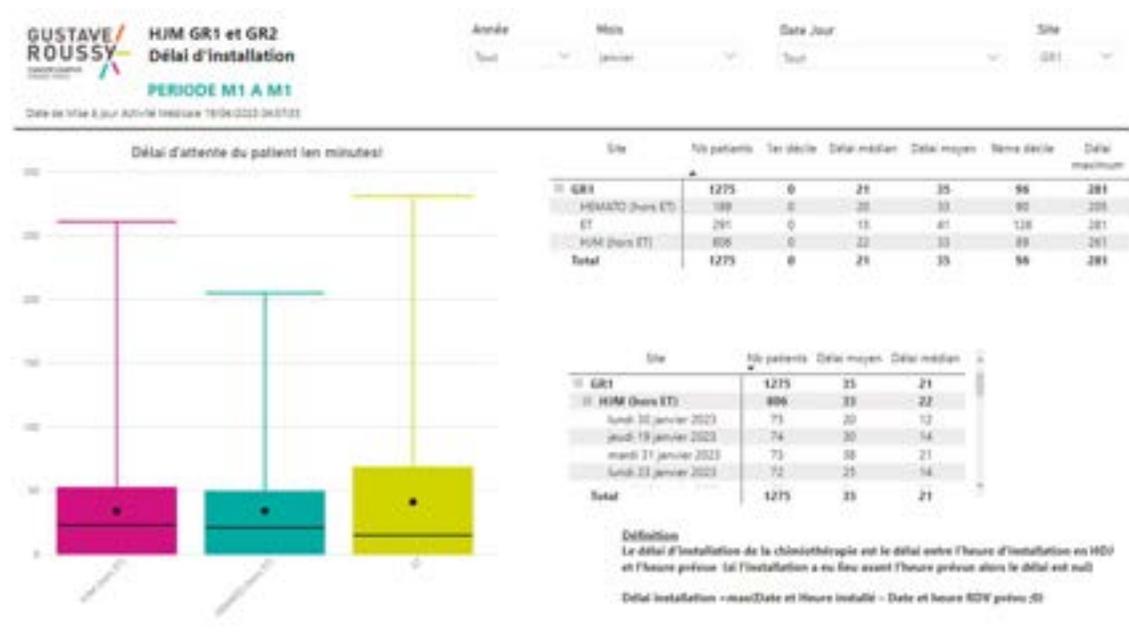


4.1.2.3 Indicateurs de résultats : augmentation de l'activité, diminution du temps d'attente

Nous voyons ci-dessous une augmentation de l'activité de 17% par rapport à celle de 2022.



Les graphiques ci-après sont les indicateurs du temps d'attente pour janvier 2023 (M1) et mars 2023 (M3). Ils sont malheureusement difficilement lisibles par les équipes et nous devons travailler à quelque chose de plus simple. Néanmoins, nous notons une amélioration des délais d'attente sur GR1. Ainsi, pour les RDV de traitement « standard » et grâce à l'installation directe en chambre, le délai d'installation médian passe de 22 à 6 min, le délais moyen de 33 à 25 min et 90% des patients sont installés avant 69min contre 89min en janvier.



Pas de changement signifiant des temps d'attente sur GR2 qui étaient inexistants.

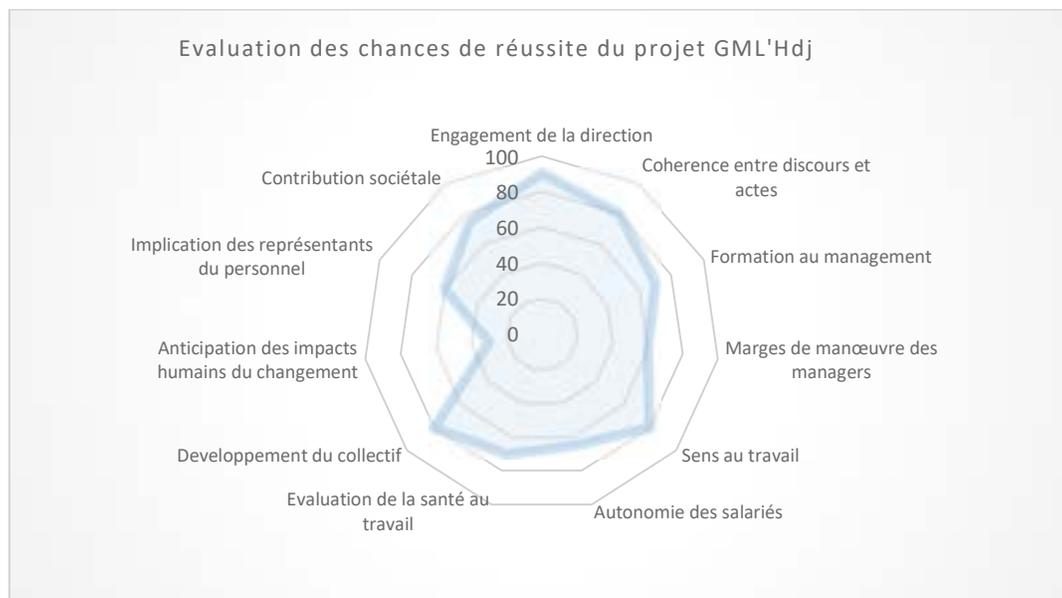


Le travail restant à réaliser sur les indicateurs est celui du mode de communication aux équipes (simplification, fréquence et support) ainsi que la création d'un mode de recueil simple et efficace de la satisfaction patient.

Les indicateurs présentés sont plutôt bons mais, à 5 mois de la mise en œuvre de ce projet, il est déjà possible d'en effectuer la critique. C'est sur cette réflexion que se termine ce travail d'écriture.

4.2 Critique par auto-évaluation : soutien hiérarchique, méthodologie, sous-estimation des enjeux politiques

Dans Management RH, de la Gestion des Emplois et Parcours Professionnels (GEPP) à l'organisation du travail, Mr Marchant (2023) nous propose une technique d'évaluation des chances de réussite d'un projet. Je m'en sers pour ma propre évaluation. Ci-dessous.



Dans les points positifs, favorisant la réussite du projet, j'ai réellement été soutenue par la Direction et notamment par le commanditaire, que je remercie. A l'écoute des diagnostics posés et des propositions et signifiant sa confiance, j'ai pu aborder les équipes sereinement. Je pense avoir été cohérente dans mon discours et mes actes, impliquant les équipes dès l'initiation du projet, apportant du sens au travail entrepris, celui du patient et de la QVT, du développement du collectif, laissant de l'autonomie aux différents membres de l'équipe, autonomie néanmoins guidée par la fixation des objectifs à atteindre.

Dans les points modérés, ma formation au management étant en cours, notamment sur la gestion de projet, je me rends compte que certains axes ont été sous-estimés. D'autre part, le management de l'HDJ étant supporté en binôme avec ma collègue cadre avec qui nous partageons des points de vue régulièrement divergents, mon manque de recul sur les enjeux de la communication a pu créer quelques tensions cependant résolues. Le travail « bien fait » s'apprend et s'effectue dans « la coopération conflictuelle »⁶⁰. De plus, nos marges de manœuvre ont parfois été limitées, en partie par le temps imparti. Prendre le management d'une équipe sur 2 sites nécessite une organisation bien rodée et un surinvestissement sur la période de prise en mains. Les décisions organisationnelles n'ont pas toujours été assez concertées.

Enfin, je pense avoir sous-estimé l'impact humain du changement, spécifiquement sur les enjeux politiques, les luttes de pouvoir et le jeu de quelques acteurs. L'accompagnement de GR2 dans les « pertes » subies par la refonte du management vue au chapitre 3.4 a été négligé. Ma vision globale du service et la soudaineté des changements ont occulté le ressenti légitime de cette partie de l'équipe quant à leur perte de qualité de vie au travail et qualité de prise en charge individuelle du patient. Outre cela, comme succinctement évoqué au chapitre 3.4, les jeux de pouvoir se sont portés également sur des négociations financières de la part des infirmières Régulatrices, pour lesquelles l'inaction (l'absence de réponse) semble avoir été plus défavorable que l'action (répondre non et poursuivre le travail entamé). En effet, à l'heure où j'écris, un mouvement social est en cours en HDJ, résultant, en partie, de ces erreurs de communication. Il nous reste à apprendre de ces maladresses et à répondre à cet événement de manière diplomatique et juste.

Je terminerai par ce que m'a apporté la réalisation de ce projet, le plaisir au travail et des perspectives pour demain.

⁶⁰ Référence au Prix du travail bien fait, la coopération conflictuelle dans les organisations, d'Yves Clot (Edition La Découverte, 2021)

4.3 Le plaisir au travail et les perspectives pour demain

La réalisation de ce travail m'a tout d'abord permis de mettre en actions et d'expérimenter ce qui n'était pour moi que théorie. *« Le Cadre Supérieur de Santé (CSS) insuffle le changement organisationnel en y intégrant les dimensions culturelles articulées à la stratégie de l'institution. Il donne du sens à l'action collective. Il est chef de projet. Cette position, désormais plus stratégique, nécessite de négocier tant avec les membres de la direction que les fonctions supports, les professionnels sous sa responsabilité ou encore les représentants des usagers (...) Pour Cédric TCHENG, la stratégie du cadre supérieur reflète les valeurs qu'il porte : c'est ce qui compte au-delà de la norme et qui va guider ses comportements et ses décisions. Elles définissent ce sur quoi les membres de l'organisation accordent de l'importance pour évaluer ce qui est juste ou ne l'est pas. Elles intègrent les dimensions de morale et d'éthique managériale. Elles vont permettre de fédérer les acteurs autour d'un sens commun, faciliter l'adhésion aux projets et renforcer la coopération ... B. Benque (2017) indique que le CSS doit adopter trois postures distinctes et complémentaires. Celle de leader qui ose, émet un discours positif et 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»⁶¹.*

J'ai pris plaisir à cela. Conduire une équipe vers les objectifs institutionnels, mobiliser, négocier et décider auprès d'elle ou auprès des directions et partenaires transverses, apprendre des erreurs, s'autoriser le tâtonnement, faire preuve d'agilité et de réactivité. J'ai également été surprise par la présence, la mobilisation et le soutien d'acteurs que je n'envisageais pas, entre autre, la Coordinatrice du Parcours Patient, la Cadre transversale que j'ai sollicitée pour conduire les expériences apprenantes et ma Responsable RH.

Enfin, ce travail m'a permis d'avoir une vision et des ambitions plus stratégiques. En effet, la réponse à *« Comment maintenir une prise en charge de qualité et augmenter l'attractivité professionnelle d'un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose ? »* propose différentes solutions, non exhaustives. Si aujourd'hui je souhaite passer d'une position de cadre de proximité à une posture de cadre supérieur, remettre en cause un service « industrialisé » permettant la prise en charge d'un nombre conséquent de patients, répondant donc, en premier lieu, à des enjeux de santé publique, n'est peut-être pas la « bonne » démarche. En tout cas, elle n'est pas la seule et des mesures complémentaires pourraient y être associées.

⁶¹ MBOCK T, MOULLÉ MP, MOZUN HESSEL B, TAVERNIER J, TRIVIERE X, VALADE C, Note de synthèse du Cadre Supérieur de Santé, ESM 2023

Si on ne peut retirer cette « redoutable industrialisation », justement parce qu'elle est nécessaire aujourd'hui plus que jamais ; si l'HDJ est un service clé de l'établissement de par le volume de patient accueilli, par le fait que l'offre de santé soit majoritairement ambulatoire et parce que le financement des établissements est encore quasi-exclusivement basé sur l'activité produite ; si les compétences retenues pour travailler en HDJ ne sont pas spécifiques dans un établissement strictement dédié à la prise en charge du cancer, alors, pourquoi ne pas modifier les paramètres de conception de l'équipe soignante, spécialisée, en la transformant, pour partie, en une équipe soignante polyvalente ? Impulser une dynamique de mobilité des IDE dans l'établissement, sous couvert de redistribution des ETP vers des services « plus attractifs », pourrait également permettre la stabilisation de l'activité en garantissant une alternance de travail entre l'hospitalisation et l'HDJ, dans une logique de parcours patient, diminuant ainsi le sentiment de « travail à la chaîne » inhérent à l'HDJ. Cette proposition demande une vision plus vaste et un positionnement plus large d'un point de vue institutionnel. Celui et celle, à minima, d'un cadre supérieur.

Conclusion

Le système de santé souffre d'un paradigme opposant l'augmentation des besoins en santé à la diminution proportionnelle des ressources soignantes. Chaque établissement, chaque secteur, chaque service, se doit de faire preuve d'adaptabilité, d'agilité, d'imagination, afin de maintenir l'offre de soins qu'est en droit d'attendre la population. Imagination qui doit prendre en compte un nouveau rapport au travail qui, effet de mode, de génération ou simple « conséquence de la crise Covid », engage néanmoins notre responsabilité managériale.

La maîtrise de la gestion de projet est donc plus qu'attendue dans l'enjeu des modifications de nos organisations soignantes. Maîtrise qui passe par la connaissance et l'utilisation des outils de gestion, par la capacité d'analyse fine des situations et par une position forte de propositions stratégiques, par l'identification des risques et des freins, entre autre culturels et politiques, par la mise en œuvre de leur leviers qui privilégieront l'action comme vecteur de modification des attitudes, et par la précision des d'indicateurs définis pour la mesure des résultats. Maîtrise technique et théorique. Or, celle-ci apparaît comme être un bien grand mot tant le jeu des acteurs est incertain, l'environnement mouvant et non contrôlable, le temps compté, les enjeux sous-estimés et les objectifs parfois idéalisés. Alors, faire preuve d'agilité et d'humilité, permettre le partage, même et surtout dans le conflit, apprendre de l'erreur et autoriser la co-décision invitent à avancer pas à pas et à co-construire. Nous parlons ici d'éthique managériale.

Ainsi, la réponse à « *Comment maintenir une prise en charge de qualité et augmenter l'attractivité professionnelle d'un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose ?* » propose différentes solutions, non exhaustives. Alléger les processus de soins pour les rendre pertinents, refondre le management de deux services pour le rendre cohérent et aménager les temps de travail des soignants pour attirer les ressources rares sont celles explorées dans ce mémoire.

Tout au long de ce travail, je me suis confrontée à deux craintes. La première est celle de créer « *d'un côté un hôpital fantasmé, rêvé, maîtrisé, et de l'autre l'hôpital réel* »⁶². J'ai donc tenter de prendre en compte les détails du travail qui comptent pour ceux qui le réalisent, notamment par la mise en place d'un dialogue constructif et d'actions partagées, en valorisant l'apprentissage et l'autonomie répondant à un cadre défini. Cependant, ma deuxième crainte a été de perdre de vue mon objectif. Notre objectif. Le patient. Remettre en cause un service « industrialisé » permettant la prise en charge d'un nombre conséquent de patients, répondant donc, en premier lieu, à des enjeux de santé publique, n'est peut-être pas la « bonne » démarche. Alors, si on ne

⁶² BOURRET P, Mettre le travail réel au centre des préoccupations p143 à 177 dans Prendre soin du travail, Un défi pour les cadres à l'hôpital, Pour sortir le travail réel de son invisibilité, Edition Seli Arslan, Paris, 2017, p156

peut retirer cette « redoutable industrialisation », justement parce qu'elle est nécessaire aujourd'hui plus que jamais ; si l'HDJ est un service clé de l'établissement de par le volume de patients accueillis, du fait d'une offre de santé majoritairement ambulatoire et des modalités de financement des établissements de santé alors, pourquoi ne pas modifier les paramètres de conceptions de l'équipe soignante, actuellement spécialisée, en la transformant, pour partie, en une équipe soignante polyvalente ? Cette proposition demande une vision plus vaste et un positionnement plus large d'un point de vue institutionnel. Celui et celle, à minima, d'un cadre supérieur. Enrichie des apprentissages et expériences de l'année, c'est ce positionnement que je souhaite embrasser demain.

Pour terminer, je reviendrai sur la « quête d'optimisme » m'ayant menée à cette formation. Nous ne pouvons nier les difficultés rencontrées par le monde de la santé. Elles ont été mises en exergue par la crise Covid. Elles sont affichées dans les médias. Elles sont diffusées en boucle sur les réseaux sociaux. Nous ne pouvons les nier mais devons-nous y sombrer ? Dans Le positivisme est une injonction, l'optimisme un pari (2022), P. Gabilliet, Professeur en Psychologie et en Management, présente trois facettes de l'optimisme. La première est celle d'une fonction cognitive innée. La deuxième une disposition liée à notre éducation et à nos expériences. La troisième, et c'est celle qui m'intéresse ici, est celle d'une posture de responsabilité. En tant que manager, nous devons nous donner les moyens d'aller susciter chez l'autre l'envie d'avancer. L'optimisme passe par trois modes d'expression : la manière dont je parle, la façon dont je traite l'information et celle dont je décide. Il n'est pas question d'ignorer les difficultés ou la critique mais de prendre acte de la réalité pour mieux la transformer, permettre la participation active par un comportement d'ouverture, une volonté de construire.

Bibliographie

Documents ministériels

ARS Projet Régional de Santé 2018–2022, Agence Régionale de Santé Ile de France, 351p

Chauvin P, Lesieur S, Vuillermoz C, Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques, Rapport pour l'ARS, 2017, URL http://www.iplest.upmc.fr/eres/files/Plaidoyer_ISS_cancer_ARS_vfinale.pdf [consulté le 02/11/2022 à 19h27]

DRESS, 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soin, disponible <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1062.pdf>, [consulté le 03/11/2022 à 16h50]

HAS, Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en Etablissement de santé, Rapport du 17/11/2022, 122p, URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf, [consulté le 19/12/2022 à 8h41]

Institut National du cancer, Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021–2030, Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain, URL <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>, [consulté le 21/12/2022 à 12h12]

Documents Institutionnels

Gustave Roussy – Plan d'Etablissement – phase 2 – briques opérationnelles, 2020.10.15

Gustave Roussy, Rapport annuel 2021, L'espoir de guérir le cancer à un nom, 44p

Gustave Roussy, 203.0, Plan Stratégique Institutionnel, 2022, 12p

Gustave Roussy – Projet ambulatoire médical, présentation au personnel, Contexte et enjeux, 2022.03.11

Gustave Roussy, Dr. Flippot, MP Moullé, Organisation d'un HDJ, DU Coordination en établissements et en réseaux en cancérologie, Mars 2022

Gustave Roussy, Gestion de la période S2 2022 en HDJ, 2022.09.26

Gustave Roussy, Dr Flippot, MP Moullé, Présentation HDJ Oncologique, Visite Pitié Salpêtrière, Novembre 2022

Gustave Roussy, Bulletin info Pharmacie – HDJ Onco novembre 2022

Gustave Roussy, Dr. Flippot, MP Moullé, Organisation d'un HDJ, DU Coordination et Santé connectée, Mars 2023

Gustave Roussy, HDJ, MP Moullé, Horaire – enjeux – conséquences, 2023.03.09

Gustave Roussy, A.De-Jesus, Enquête HDJ_Installation directe, 2023.04.07

Unicancer, Hôpital de jour d'oncologie médicale, Visites croisées des CLCC et enquête complémentaire, 2022

Ouvrages

ALAIN, *Propos sur le bonheur*, Gallimard, Paris, 1928, 213p

BABINET O & ISNARD BAGNIS C, Une crise sanitaire peut-elle générer un désert médical ? dans *Les déserts médicaux en question(s)*. Presses de l'EHESP, « Débats Santé Social », 2021, ISBN : 9782810907595. URL : <https://www.cairn.info/les-deserts-medicaux-en-questions--9782810907595.htm>, p53 à 81

BOURRET P, Regarder, voir, dire le travail réel p23 à 54 dans *Prendre soin du travail, Un défi pour les cadres à l'hôpital, Pour sortir le travail réel de son invisibilité*, Edition Seli Arslan, Paris, 2017, 190p

BOURRET P, Mettre le travail réel au centre des préoccupations p143 à 177 dans *Prendre soin du travail, Un défi pour les cadres à l'hôpital, Pour sortir le travail réel de son invisibilité*, Edition Seli Arslan, Paris, 2017, 190p

BOYER F, *L'innovation managériale en action, 50 pratiques managériales innovantes*, Edition Eyrolles, Paris, 2020, 303p

CLOT Y, GOLLAC M, *Le travail peut-il devenir supportable ?* Edition Armand Collin, Paris, 2017, 243p

DE GAULEJAC V, *La société malade de la gestion*, Edition du Seuil, Paris, 2009, 345p

MARCHAT H, *Le kit du chef de projet*, Eyrolles, Paris, 2010, 224p

Webographie

ANAP, *Organisation du temps de travail, soyez efficace et attractif*, URL <https://anap.fr/s/article/organisation-du-temps-de-travail-soyez-efficace-et-attractif>, [consulté le 16/01/2023 à 19h25]

APM News, *Le nombre de séjours en ambulatoire a augmenté de plus de 20% en 2021*, paru le 10/11/2022, URL https://www.apmnews.com/story.php?objet=389303&idmail=.O.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowlk3T8E5K-jXE1ak5qha90ukVFe-KOUa5IDqOjGI4I_Sc22mLSGNmM-ylAZhxdnn3Tbvl0AMuIHD0K-inKePdcEv3aBCsfx2kUQHY_ZA4BDyZmHb1BeByUR3aAx8L-DWqEEpw0mPi62E5eE1HMOu7A82zspPsYBiVAgbyTK5jSiuZm_BDrJyIIrVWS5hh5nVPMYMmkKAwBK3M1vNCzf11ruZ5Pc2Nn8gtgjFhuGSUhu

HOSPIMEDIA, La rémunération n'est pas la principale motivation des infirmiers pour l'intérim, 04/11/2022

HOSPIMEDIA, L'attractivité infirmière impose de réduire la charge des activités afférentes aux soins, le 16/11/2022, 16h11

HOSPIMEDIA, Le plan d'actions de l'AP-HP vise à recruter et « par-dessus tout » à donner envie de rester, 14/12/2022

HOSPIMEDIA, Le Sénat approuve le généralisation de ratios soignants qualité opposables, 02/02/2023

HUBLO, Attirer et fidéliser les personnes paramédicaux grâce à des méthodes innovantes, 2019, disponible sur <https://hublo.com/fr/resources>, [consulté le 03/11/2022 à 15h37]

SANTE PUBLIQUE FRANCE, Cancers, URL <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>, [consulté le 27/11/2022 à 15h42]

Articles

BRAS P-L, « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2017/6 (Vol. 35), p. 245-263. DOI : 10.3917/jgem.176.0245. URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2017-6-page-245.htm>, [consulté le 14/03/2023 à 9/31]

CHEYROUZE M & BARTHE B, Concevoir le travail en horaires atypiques : proposition d'une démarche innovante en milieu hospitalier, Congrès SELF 2022, Genève

FRIMOUSSE, SOUFYANE, et J-M PERETTI « Comment renforcer durablement la résilience organisationnelle ? », *Question(s) de management*, vol. 35, no. 5, 2021, pp. 127-174.

GABILLIET P, Le positivisme est une injonction, l'optimisme un pari, Interview du 14/04/2022, disponible [Philippe Gabilliet : "Le positivisme est une injonction, l'optimisme un pari" \(observatoire-ocm.com\)](#) [consulté le 15/11/2022 à 23h02]

LANDIER H, Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets, dans AAELSHUP Humanisme et Entreprise, 2010/1-n°296, p81 à 91

SCHOENDERGER S, GILIBERT D, BANOVIC I, Impact du rythme de travail sur la santé perçue des soignants et les demandes psychologiques au travail, dans *Psychologie du travail et des Organisations*, n°21, 2015, p 149-169

TAVANI JL, LO MONACO G & COLLANGE J « Validation complémentaire d'une mesure de satisfaction au travail », *Santé Publique*, vol. 31, no. 2, 2019, pp. 223-232.

Supports pédagogiques

BOUBLIL E, Vulnérabilité, soin, violences et institutions : enjeux anthropologiques et éthiques contemporains, 30/11/2022, ESM-UPEC

DUMONT JP, La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages, Master Management des établissements de santé, UPEC 2022, 174p

DUMONT JP, Transformer les organisations de santé, UPEC 2022, 120p

DURAND-ZALESKI I, Bases méthodologiques de l'évaluation, EMS-UPEC, Janv 2023

MARCHAND X, Management RH, de la GEPP à l'organisation du travail, ESM-UPEC, Janv 2023

TCHENG C, La stratégie, éléments de définition, ESM-UPEC, oct 2022

Travaux Universitaires

MBOCK T, MOULLÉ MP, MOZUN HESSEL B, TAVERNIER J, TRIVIERE X, VALADE C, Note de synthèse du Cadre Supérieur de Santé, ESM 2023

Autres

AP-HP, 30 Leviers pour agir ensemble, Décembre 2022, 80 pages, URL [https://s3-eu-west-](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/224031/8656/20221212_APHP_30_LEVIERS_POUR_AGIR_DOC_LONG.pdf?1671024702)

[1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/224031/8656/20221212_APHP_30_LEVIERS_POUR_AGIR_DOC_LONG.pdf?1671024702](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/224031/8656/20221212_APHP_30_LEVIERS_POUR_AGIR_DOC_LONG.pdf?1671024702), consulté le 19/12/2022 à 7h46

FRANCE CULTURE, Travail, vie sociale : à quoi veut-on encore consentir ? le 29/11/2022

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Fiche projet

Annexe 3 : Support de Présentation du Projet aux équipes soignantes

Annexe 4 : PAQSS 2022

Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation de la QVT proposé aux équipes via Google Form

Annexe 6 : Note de Cadrage signée

Annexe 7 : Planning Détaillé

Annexe 8 : Budget prévisionnel indicatif

Annexe 9 : Plan de communication

Annexe 10 : Support de présentation du cadrage du projet à l'équipe soignante

Annexe 11 : "Lettre de mission" Pilote du projet Consultation Infirmière

Annexe 12 : Officialisation de la mission donnée au Pilote du projet Consultation Infirmière

Annexe 13 : Processus de programmation des Consultations Infirmières

Annexe 14 : Fiche de poste IDE Principal

	<p style="text-align: center;">Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2022-2023</p>	
---	---	---

Désignation du projet :	Moderniser la gestion des ressources humaines et les organisations soignantes de l'HDJ médical de Gustave Roussy pour garantir un accès pour tous à des soins de haute qualité
Commanditaire	Nicolas BILLOT - Directeur des Opérations
Nom du responsable du projet	Marie-Pollen MOULLÉ - Cadre de Santé HDJ onco GR1
Missions du responsable de projet	<p>Etablir un état des lieux des organisations et conditions de travail en HDJ</p> <p>Identifier les modalités d'emploi et d'organisation à moderniser (condition de travail, activités soignantes, structure du travail) et les acteurs impliqués</p> <p>Définir les indicateurs</p> <p>Conduire le changement de la modernisation de la gestion des ressources humaines et de l'organisation soignantes en HDJ</p>
Moyens alloués	<p>Déplacements pour Benchmarking + Temps dédié (8 jours entre novembre 2022 - Juin 2023)</p> <p>Aide des experts, Communication, Salle de réunion</p>
Modalités de reporting	<p>Copil mensuel</p> <p>Présentation Réunions Cadre et DMO</p> <p>Information des équipes</p>
Durée	12 mois
Documents de référence	<p>Stratégie décennale de lutte contre les Cancers 2021-2030 (INCA)</p> <p>Gustave Roussy, Plan Stratégique 2030 : vers l'ultrapersonnalisation et l'anticipation en cancérologie</p> <p>Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, HAS, Septembre 2021</p> <p>Séjour de la Santé, Juillet 2020</p> <p>Loi n°2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé (virage ambulatoire)</p> <p>Arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier</p> <p>Code du travail et Convention Collective des Centre de lutte contre le Cancer du 01/01/1999</p>
Date :	17/10/22
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet

Annexe 2 : Fiche projet

	<p>Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2022-2023</p>
---	--

Marie-Polien MOULLÉ

**INTITULÉ du projet managérial : GNLHDJ I
Globaliser – Moderniser – Liker l'HDJ I**

CONTEXTE D'EMERGENCE :

L'HDJ d'oncologie médicale de Gustave Roussy se compose aujourd'hui d'un site sur GR1 de 47 places réalisant les traitements conventionnels et les essais thérapeutiques (ET) de phase 2 et 3. Cet HDJ est couplé à celui d'hématologie de 13 places. Les paramédicaux (IDE et AS) sont mutualisés sur les 2 spécialités. A cela s'ajoute un HDJ d'oncologie médicale de 29 places sur le site de GR2 qui réalise uniquement les traitements conventionnels. Le personnel paramédical y est dédié.

Diminution des ressources infirmières : 40% ETP vacant sur HDJ, exclusivement sur GR1 au 1er octobre 2022

Impact financier majeur de l'activité réalisée en HDJ : -39% d'activité entre 2019 et 1er trimestre 2022 en lien direct avec la diminution des effectifs paramédicaux, perte théorique de 5,5ME



Schéma Directeur Immobilier : Nouveau bâtiment comprenant entre autre un HDJ oncologique de 75 places (site unique) à l'horizon 2027

L'évolution des attentes IDE (ou sociétales), couplée à la complexité d'attrait d'un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose, nous obligent à nous repenser afin de concilier maintien d'une prise en charge de qualité et développement et épanouissement professionnel.

¹ 2022.03.11 Gustave Roussy - Projet ambulatoire médical, présentation au personnel, Contexte et enjeux, slide 3

	<p>Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2022-2023</p>
---	--

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

Stratégie décennale de lutte contre les Cancers 2021-2030 (INCA)

Gustave Roussy, Plan Stratégique 2030 : vers l'ultrapersonnalisation et l'anticipation en cancérologie

Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, HAS, Septembre 2021

Séjour de la Santé, juillet 2020

Loi n°2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé (virage ambulatoire)

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Code du travail et Convention Collective des Centre de lutte contre le Cancer du 01/01/1999

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

Moderniser la gestion des ressources humaines et les organisations soignantes de l'HDJ médical de Gustave Roussy pour garantir un accès aux soins pour tous à des soins de haute qualité.

- **Globaliser**
 - Développer et diversifier les compétences soignantes de l'HDJ
 - Etendre la prise en charge le patient à l'avant - pendant et après l'HDJ (lien ville-hôpital)
- **Moderniser**
 - Profiler la gestion RH aux évolutions sociétales
 - Repenser les missions et activités de chacun en fonction des compétences, expertises, disponibilité et opportunités des différents métiers
 - Améliorer les flux soignants
- **Liker :**
 - Développer une équipe soignante agile et efficace dans laquelle et pour chacun « exercer est une chance »²
 - Augmenter la satisfaction patient
 - Certifier la qualité et sécurité des soins

Projet en articulation avec l'implémentation du logiciel Chimio®, La synchronisation des temps PN-PNM, le développement de la Télésurveillance (Résilience³) dans le suivi du patient ambulatoire.

² 2022.10.15 Gustave Roussy - Plan d'Établissement - phase 2 - enjeux opérationnelles, ambition n°6



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2022-2023



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2022-2023

ACTEURS liés PROJET

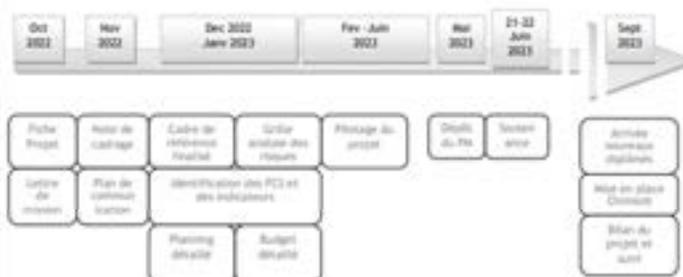
Chef de projet : Marie-Polien MOULLÉ-Cadre de Santé HDJ Onco GR1

Groupe projet restreint : Nicolas BILLOT- Directeur des Opérations, Sandrine BAROUX - Cadre de Département de Médecine, Dr Pernelle LAVAUD-Chef de Service HDJ

Acteurs impliqués : Hadjila LEROUGE - Directrice des Soins, Laurence PALARIC - Cadre de Santé HDJ GR2, Sylvie PSYCHÉ - Cadre de Santé HDJ Hémato, Paquita LANNES-Secrétaire Principale HDJ, Hail ABOUDAGGA - Pharmacien Responsable de la CPC & Steve SUZZONI-Pharmacien Responsable des EC, Didier SAMARAN-Directeur des Ressources Humaines, Représentant Equipe paramédicale de l'HDJ, Patient expert

Acteurs concernés : Manel DAFEUR-Responsable Qualité, Stéphanie LAURENT-Responsable Biomédical, Christophe MATTIER-Directeur de la transformation numérique et des SI, Céline MONTIFRET-Ergonome, Sandy PROUST-Psychologue du travail, Equipe paramédicale de l'HDJ

CALENDRIER PREVISIONNEL :



3

MOYENS :

Benchmarking et enquête de terrain
Temps dédié et recherche bibliographique
Groupe de travail, sollicitation d'experts (Ergonome, Psychologue du travail, etc)

MODE DE FONCTIONNEMENT :

Comité de pilotage et réunion mensuelle
Délégation aux membres de l'équipe projet en fonction de leur expertise
Communication et échanges régulier aux équipes concernées

RESULTATS ATTENDUS :

Court terme : état des lieux et recherches bibliographiques, proposition d'axes de modernisation
Moyen terme : mise en place des axes retenus : amélioration des conditions de travail, performance et satisfaction patient
Long terme : projection des organisations sur le « Nouveau Bâtiment » horizon 2027

VALIDATION :

- validation mensuelle par le commanditaire selon l'avancée du projet
- validation selon calendrier des instances pour les parties modifiant les conditions d'emploi

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs : ETP IDE pourvus et diversités des profils, Taux de satisfaction au travail, nombre d'IDE formées aux différents postes proposés dans le service, Activité réalisée, Délai de prise en charge pour initiation de traitement, Temps d'attente patient, Taux de satisfaction patient

4



FACULTÉ
DE SANTÉ



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2022-2023

REFERENCES UNIVERSITAIRES

Gestion de projet

Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale <https://www.anpp.fr>
MARCHAT H., Le kit du chef de projet Clermont-Ferrand, édition Eyrolles, novembre 2015.

Transformation des organisations de santé

CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Paris, Editions du Seuil, 1977, 2014, 432 p.
DADU N, PASCAL C., Des hôpitaux aux usines à soins. Un réel progrès ? Revue Management & Avenir Santé 2018/1 (n°3), p7 à 11, [consulté le 29/04/2022 à 13h23], disponible <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2018-1-page-7.htm>
HELPER J-P, KALIKA M, ORSONI J., Management stratégique. Vuibert. 9ème édition, Paris. 480 p
SERRES Michel, Petite poucette, Paris, Le Pommier, 2012, 82p

Motivation & Qualité de vie au travail

BOURRET P, Prendre soin du travail - Un défi pour les cadres à l'hôpital, Ed Sell Anslan, Paris, 2017
BRILLET F., SALVIAT L., SOUFFLET E., 2017, Dunod, Risques psychosociaux et qualité de vie au travail, 394p
CLOT Y, GOLLAC M., Le travail peut-il devenir supportable, Armand Colin 2017, 2ème édition, 243 p
SHEIN E., La culture organisationnelle dans Les grands auteurs en Management par Charvère S et Hualt L, ESM Editions, 2017, p 453 à 471

Qualité et sécurité des soins

HAS - Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Septembre 2021

Annexe 3 : Support de Présentation du Projet aux équipes soignantes



GML'HDJ

Présentation

Projet Managérial 2023-2027
M2 MDS MP Moute



>> GML'HDJ

- Globaliser
 - développer et diversifier les compétences
 - étendre la prise en charge des patients
- Moderniser
 - Profiler la GRH aux évolutions sociétales
 - Repenser missions et activités de chacun
 - Améliorer les flux soignants
- Livrer
 - Développer une équipe soignante agile dans laquelle « exercer est une chance »
 - Augmenter la satisfaction patient
 - Certifier la Haute qualité des soins



>> Calendrier

Projets annexes : Chimio® - Synchronisation temps PMS/PM - Résilience®

>> CONTEXTE

- Diminution ressources infirmières
- Augmentation des besoins en Santé
- Evolution sociétale & sociologie du travail
- Industrialisation des organisations, Haute Qualité & QVT
- Impact financier majeur de l'activité HDJ
- Schéma Directeur Immobilier : site unique HDJ 2027

*Commande UPEC
Validation M2
Management des
Organisation des
Soignantes*



Annexe 4 : PAQSS 2022

Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)												
Services qui bénéficient de l'action	Processus	Actions	Priorité	Instance référente	Pilote de l'action	Copilotes de l'action / Membres du groupe de travail	Référent qualité	Début prévisionnel	Echéance prévisionnelle	Début réel	Echéance réelle	Etat d'avancement
HDI (DMO)	Coordination des soins	Rédiger un arbre décisionnel de prise en charge des dysfonctionnements liés au PAC (port à cath)	3		Frederic GOMAS	Bianca CHEA/B	Manel DAFEUR	janv.-22	juil.-22	févr.-22		En cours
DMO	Prise en charge du patient au Département de Médecine Oncologique	Sensibiliser les équipes médicales du DMO à la prescription de chimiothérapie	5		Benjamin BESSE	ALBIGES Laurence VERRET Benjamin FLIPPOT Ronan DAFFEUR Manel	Nadia AGUINI	janv.-21	mars-21	août-21	mars-21	Réalisée
HDI (DMO)	Qualité, Gestion des risques et Patientèle	Réaliser une enquête expérience patient "Hôpital de Jour"	1	COFIL QGDR + CDU	Wronique LESUEUR		Anne DE JESUS Manel DAFEUR	janv.-22	févr.-22	janv.-22		En cours
DMO	Qualité, Gestion des risques et Patientèle	Conduire une revue de pertinence liée aux durées d'attente des patients en HDI	2	COFIL QGDR	Nicolas BILLOT	DMO	Manel DAFEUR	oct.-22	avr.-23			A faire
HDI (DMO)	Transformation numérique et systèmes d'information	Mettre en place un nouveau process pour la création des protocoles GPRESS	3		Haïl ABOUDAGGA	Olivier MENUET Christophe MATTIER	Manel DAFEUR	janv.-21	déc.-21	janv.-22	janv.-22	Réalisée
HDI (DMO)	Transformation numérique et systèmes d'information	Créer un parcours ATU Trodelvy dans GPRESS	3		Haïl ABOUDAGGA	Danielle MARQUET Olivier MENUET Manel DAFEUR	Manel DAFEUR	déc.-21	janv.-22	janv.-22	févr.-22	Réalisée
HDI (DMO)	Transformation numérique et systèmes d'information	Sécuriser le parcours ATU Trodelvy temporaire/Rajout de rendez-vous/paramétrage	3		Paquita LANNES	Marie-Polien MOULLE Olivier MENUET	Manel DAFEUR	déc.-21	déc.-21	janv.-22	déc.-21	Réalisée

Questionnaire équipe IDE-AS HDJ GR1 & GR2

Objectif : évaluation de l'impact des modifications d'organisation sur les conditions d'exercice dans le service

Dans le cadre du projet GML'Hdj, je souhaiterais recueillir votre ressenti sur vos conditions d'exercice dans le service pour pouvoir évaluer l'impact dans le temps des modifications d'organisation en cours. Ce questionnaire est très rapide. 3 items sont à noter sur une échelle de 1 à 5 :

1 = très faible

2 = faible

3 = moyenne

4 = bonne

5 = excellente

Travaillez-vous sur le site de GR1 ou de GR2 ?

1- GR1

2- GR2

Entre 1 et 5, à combien évaluez-vous la qualité de votre travail en HDJ (= « travail bien fait ») ?

Entre 1 et 5, à combien évaluez-vous la qualité de vos conditions de travail en HDJ ?

Entre 1 et 5, à combien évaluez-vous vos possibilités d'implication dans les projets et organisation du service ?

Annexe 6 : Note de Cadrage signée

GML'HDJ	NOTE DE CADRAGE
But du projet	Moderniser la gestion des ressources humaines et les organisations soignantes de l'HDJ médical de Gustave Roussy pour garantir un accès aux soins pour tous à des soins de haute qualité.
Déclencheurs du projet	Diminution des ressources IDE (40% de postes vacants sur HDJ GR en octobre 2022) Diminution de l'activité de l'HDJ oncologique (-39% entre 2019 et 1 ^{er} trimestre 2022)
Contexte du projet	L'HDJ de Gustave Roussy se compose d'un site sur GR1 de 47 places réalisant les traitements conventionnels et les essais thérapeutiques (ET) de phase 2 et 3. Il est couplé à celui d'hématologie de 13 places. Les paramédicaux (IDE et AS) sont mutualisés sur les 2 spécialités. A cela s'ajoute un HDJ d'oncologie médicale de 29 places sur le site de GR2 qui réalise uniquement les traitements conventionnels. Le personnel paramédical y est dédié. Fuite du personnel paramédical en 2021 impactant l'activité ambulatoire avec difficulté d'accès aux soins des patients et répercussions financières majeures attendues au retour de la T2A.
Articulation avec d'autres projets	Chimio [®] – Synchronisation des temps PM-PNM – Développement des outils numériques (Résilience [®])
Réalisations, études ou livrables préalables à la nomination du chef de projet	Etat des lieux la diminution d'activité oncologique ambulatoire en lien avec la perte des ressources infirmières et le cloïsement des ressources des différents Départements intervenants au sein de l'HDJ.
Liste des livrables attendus	Chartre de fonctionnement d'encadrement HDJ (homogénéisation des pratiques), Processus d'accueil & Régulation unique (diminution des temps d'attente patient), Maquettes organisationnelles (recrutement, compétences et stabilité de l'équipe)



Auteur : Marie-Polen Moulé
Nom du fichier : Note de cadrage.doc

Date de création : 22/12/2022
Date de modification :

Page : 1 / 2
N° de version : 1

GML'HDJ		NOTE DE CADRAGE						
Macro-planning et Macro-budget du projet	Phases du projet			Date de début	Date de fin	Charge (en j*h)	Autres charges, achats, ressources matérielles	Coût (en €)
	1. État des lieux et contextualisation			31/10/2022	31/12/2022	8 jH	Accès données RH et ressources universitaires	1 640
	2. Analyse ergonomique et optimisation du travail			14/11/2022	30/04/2023	11 jH	Ergonome, Benchmarking, Coconstruction paramédicale / médicale	2 255
	3. Développement des activités soignantes dans le parcours patients (consultation 1ere cure – régulation unique – télésurveillance intercure)			24/10/2022	31/03/2023	26.25 jH	Reconnaissance vocale, interface de téléconsultation, Outils Résilience,	5 381
	4. Refondre le management de l'HDJ GR1 & GR2			23/11/2022	28/02/2023	6 jH		1 230
	5. Définition de nouvelles maquettes organisationnelles			01/02/2023	30/06/2023	5,5jH	Etudiant IFSBM	1 127
	Ensemble du projet :			31/10/2023	30/06/2023	68 jH		12 659
Contraintes sur les objectifs	Incertitude du recrutement – Dépendance à la capacité de production de la pharmacie - Dépendance aux locaux – Résistance au changement de la part de l'équipe – Manque de temps IDE pour implication au projet – Risque informatique – Absence de renfort Cadre -							
Liste des acteurs du projet	Commanditaire ou comité de pilotage :	Nicolas Billot	Membre de l'équipe projet :	Mme Delcour DSI, Mme Psyché Cadre de Santé HDJ, Mme Montifret Ergonome				
	Chef de projet :	Marie-Pollen Moullé	Autres ressources :	Etudiant IFSBM				
Objectifs à renégocier	Refonte du management de l'HDJ GR1 & GR2 et poste supplémentaire IDEP HDJ							
Date de validation de la note de cadrage	Par le commanditaire : 05/01/2023 Par le comité de pilotage : 18/01/2023							
Documents joints	PPT Etat des lieux - Planning détaillé - Plan de communication - Budget détaillé - Grille analyse des risques							

6/1/23

Développement des activités agricoles sur le parcours agricole			01/01/2021	01/01/2022	01/01/2023			
2021	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
	Monte en place de la culture de céréales sans assoir (CSC)	Pratiques Constatées Sans Assoir et CSC	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00

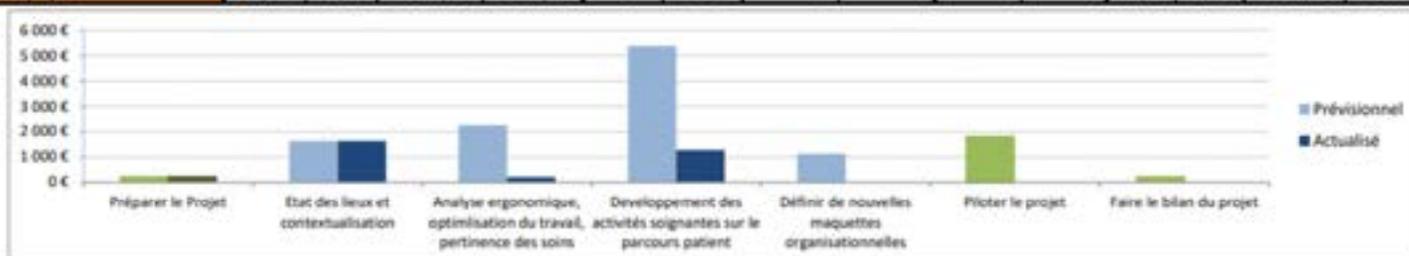


Annexe 8 : Budget prévisionnel indicatif

GML'HDJ		BUDGET DETAILLE												
Référence des coûts journaliers		Coût moyen journalier N° :		205,00 €		Coût moyen journalier Sous-traitance :				Date de MAJ		23/12/2022		
Phases et étapes du projet	Ressources internes				Sous-traitance				Ressources matérielles et achats		Charge Totale		Coût Total	
	Charge RH (en J*H)		Coût RH (en €)		Charge (en J*H)		Coût (en €)		Coût (en €)		Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé
	Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé	Prévu	Actualisé
Préparer le Projet	1	1	205,00 €	205,00 €			- €	- €	- €	- €	1	1	205,00 €	205,00 €
Etat des lieux et contextualisation	8	8	1 640,00 €	1 640,00 €			- €	- €					1 640,00 €	1 640,00 €
Décrire l'état des lieux et le contexte d'urgence	5	5	1 025,00 €	1 025,00 €			- €	- €			5	5	1 025,00 €	1 025,00 €
Récupérer et analyser les données PDH	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Déterminer les indicateurs de suivi du projet	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Définir le plan de communication	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Finaliser le planning détaillé	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Livrer le budget détaillé	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Établir la grille d'analyse de risque / FCS	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Analyse ergonomique, cartographie du travail	11	1	2 255,00 €	205,00 €	8	0	- €	- €	- €	- €	11	1	2 255,00 €	205,00 €
Contextualiser la demande d'analyse ergonomique	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Observation préliminaire (UR)	1	0	205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Chronique d'activité	1	0	205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Analyse de flux	1	0	205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Analyser les observations, définir et mettre en place un plan d'action	3	0	615,00 €	- €			- €	- €			3	0	615,00 €	- €
Actions à définir			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Benchmark (projet Chimie [®])			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Visiter HEGP	0,5	0,5	102,50 €	102,50 €			- €	- €			0,5	0,5	102,50 €	102,50 €
Visiter ICO Angers	0,5	0	102,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	102,50 €	- €
Simplifier le processus d'accueil	0,5	0	102,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	102,50 €	- €
Optimiser les processus de prise en charge IDE	1	0	205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Entretien avec patient partenaire pour évaluation objective et subjective du service			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Construire grille entretien	0,5	0	102,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	102,50 €	- €
Réaliser entretien	0,5	0	102,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	102,50 €	- €
Analyse et plan d'action	1	0	205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
A définir			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Mettre en place Chimie [®]	8	8					- €	- €					- €	- €
Intégration des activités suivantes	36,25	6,25	7 387,50 €	1 287,50 €	8	0	- €	- €	- €	- €	36,25	6,25	7 387,50 €	1 287,50 €
Mettre en place le benchmarking Tera dans sur GML			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Finaliser et présenter l'IDE révisé du projet	0,25	0,25	51,25 €	51,25 €			- €	- €			0,25	0,25	51,25 €	51,25 €

GML'HDJ	BUDGET DETAILLE													
Définir le processus de mise en place et le contenu des consultations	5	5	1 025,00 €	1 025,00 €			- €	- €			5	5	1 025,00 €	1 025,00 €
Informer et inclure les équipes de GR1 - GR2 - Planification - Encadrement	1	1	205,00 €	205,00 €			- €	- €			1	1	205,00 €	205,00 €
Mettre à disposition des outils nécessaires (salles de RDV, reconnaissance vocale, MMSconsultation, SID)	2		410,00 €	- €			- €	- €			2	0	410,00 €	- €
Former les IDE à la consultation	4		820,00 €	- €			- €	- €			4	0	820,00 €	- €
Mettre en place la Régulation unique			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Libérer l'IDE de Régulation de la "centralisation des ET"			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Définir les règles de Régulation unique	3		615,00 €	- €			- €	- €			3	0	615,00 €	- €
Construire les outils nécessaires	1		205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Former à la régulation unique	2		410,00 €	- €			- €	- €			2	0	410,00 €	- €
Mettre en place la télésurveillance IDEC			- €	- €			- €	- €			0	0	- €	- €
Définir le profil patient à suivre	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Mettre à jour les outils Résilience pour compatibilité fonctionnement HDJ	X	X												- €
Identifier modalité d'inclusion patient	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Former les IDEC à l'outil	4		820,00 €	- €			- €	- €			4	0	820,00 €	- €
Définir les indicateurs	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Informer les équipes soignantes et médicale de l'HDJ	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Evaluer - Réajuster	2		410,00 €	- €			- €	- €			2	0	410,00 €	- €
Refondre le management de l'HDJ GR1 & 2	6	6	1 230,00 €	- €	6	6	- €	- €	- €	- €	6	6	1 230,00 €	- €
Définir la répartition des missions entre 2 cadres HDJ	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Définir le rattachement hiérarchique de chaque IDE, AS, IDEC, IDEP	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Définir les modalités de fonctionnement sur 2 sites	1		205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Etablir la fiche de poste IDEP	1		205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Négocier un poste IDEP supplémentaire	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Homogénéiser les outils de gestion	2		410,00 €	- €			- €	- €			2	0	410,00 €	- €
Information des équipes	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Définir de nouvelles maquettes organisati	5,8	6	1 177,50 €	- €	6	6	- €	- €	- €	- €	5,8	6	1 177,50 €	- €
Définir le nombre d'IDE suffisant au fonctionnement du service	0,25		51,25 €	- €			- €	- €			0,25	0	51,25 €	- €
Définir le nombre d'AS suffisant au fonctionnement du service	0,25		51,25 €	- €			- €	- €			0,25	0	51,25 €	- €
Négocier les postes le cas échéant	0,5		302,50 €	- €			- €	- €			0,5	0	302,50 €	- €
Construire différents scénarii horaires	3		615,00 €	- €			- €	- €			3	0	615,00 €	- €
Etablir avec les équipes les différents scénarii	0,25		51,25 €	- €			- €	- €			0,25	0	51,25 €	- €
Choisir l'instance la plus pertinente et le solliciter aux instances institutionnelles	0,25		51,25 €	- €			- €	- €			0,25	0	51,25 €	- €

GML'HDJ	BUDGET DETAILLE													
Revoir les adresses de programmation en fonction du scénario choisi	1		205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Piloter le projet	9		1 843,00 €	- €			- €	- €			9	0	1 843,00 €	- €
Faire le bilan du projet	1		205,00 €	- €			- €	- €			1	0	205,00 €	- €
Ensemble du projet	67,75	16,25	12 658,75 €	3 331,25 €	0	0	- €	- €	- €	- €	53,75	8,25	12 658,75 €	3 331,25 €



Annexe 9 : Plan de communication

GML'HDJ	PLAN DE COMMUNICATION																																			
	2012																																			
Tâches	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Communication interne Equip																																				
Présentation du projet aux cadres HDJ, chef de service, DR, commanditaires																																				
Information des élus locaux, conseil, groupements																																				
Présentation du projet d'urbanisme																																				
Présentation du projet d'urbanisme																																				
Communication opérationnelle HDJ																																				
Communication communale																																				
Présentation du site du projet HDJ																																				

Liste des actions de communication	Commentaires
Reunion de lancement	Présentation du projet à l'ensemble des personnes impliquées - Cadres HDJ, Chef de service, DR, Equipe signataire DR1 & DR2
Forum du projet	Etat des lieux de l'avancement du projet avec le commanditaire et arbitrage si cas échéant
Reunion d'information	Promotion du projet (résultats et actions)
Démarche	
Reunion de clôture	Présentation des indicateurs et des suites du projet

Résultats de communication	Cibles et destinataires des supports de communication						
	DR1 - Cadres partenaires DR1 (Maires / DR2)	DR2 - DR	DR3 - Equipe signataire	DR4 - Autres acteurs concernés (RA, expert)	DR5 - Communauté d'acteurs	DR6 - Mairie et Syndicat	
Sur (Pouvoirs?)	obtenir leur adhésion et participation positive	obtenir leur adhésion et leur autonomie	encourager le changement modalité des acteurs DR1 & DR2	obtenir leur participation en fonction de leur expertise	information et promotion	obtenir leur adhésion	
Contenus (Quoi?)	présentation du projet et modalités d'organisation générale	présentation du projet et succession des propositions de modernisation	information, participation, présentation	présentation des buts et formalisation de la demande de participation	information générale sur le projet	modification des relations d'emploi	
Responsables et acteurs (Qui?)	chef de projet	chef de projet et commanditaire	chef de projet cadres partenaires experts	chef de projet	chef de projet	chef de projet	
Rythme/Réponses (Quand?)	hebdomadaire	début et milieu du projet	mensuelle	au début du projet puis en fonction des événements et du planning détaillé pour la participation experts	milieu et fin du projet	2ème trimestre 2012	
Moyens, outils et supports (Comment?)	échange direct	entretiens individuels	reunion d'information équipes "informelles" groupes de travail	réunion et demande écrite formalisée (mail)	reunion (DR) et reunion Cadres	entretiens, reunion CSE	
Lieu (Où?)	bureau	bureau DR	HDJ DR1 & DR2	bureau	salle de reunion respective	Mairie	
Nombre d'actions (Combien?)	8	2	15	un 2 par intervenant	2	2	
Charge et coût de l'action de communication (Pour combien?)	10h	0,5h	10h	0,5h	0,5h	0,5h	

Annexe 10 : Support de présentation du cadrage du projet à l'équipe soignante

CADRAGE PROJET GML'HDJ

06/01/2023

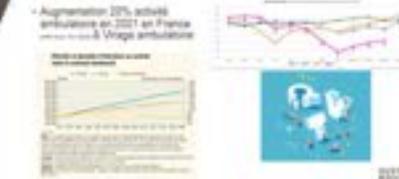


Anticiper les transformations décisives qui vont s'opérer en oncologie au service des patients

- Politique locale + Stratégie Départementale + Projet Stratégique Institutionnel
- Augmentation de 10% de l'incidence des cancers sur les 10 prochaines années (INCa) et surmortalité de 2 à 5% à cinq ans (Cancer Global)
- Lutte contre les inégalités (sociales et territoriales)
- Prévention, Amélioration de la vie pendant et après le cancer
- Innovation thérapeutique et essais cliniques
- Multidisciplinaires
- Développement de nouveaux métiers (PA, Coopération, Numérique)
- Le patient comme acteur du système de santé

Augmentation des besoins en santé, diminution des ressources, modification du rapport au travail

- Augmentation 20% actifs ambulatoires en 2021 en France
- Augmentation à usage ambulatoire



L'enjeu est dans la transformation des organisations, positive ou fatale

Mettre le besoin économique de l'entreprise (productivité, performance, qualité) et social des salariés (DVT et condition de travail) au cœur des enjeux.

HDJ GUSTAVE ROUSSY : 2 sites, 2 spécialités, 2 gouvernances

- Aujourd'hui: 2 sites - GR1 50 places - GR2 25 places
- Demande: Schéma directeur immobilier: 1 site - 70 places - Augmentation prévisionnelle de l'activité de 30%



PARCOURS PATIENT



Démographie IDE



Démographie IDE GR1 vs GR2



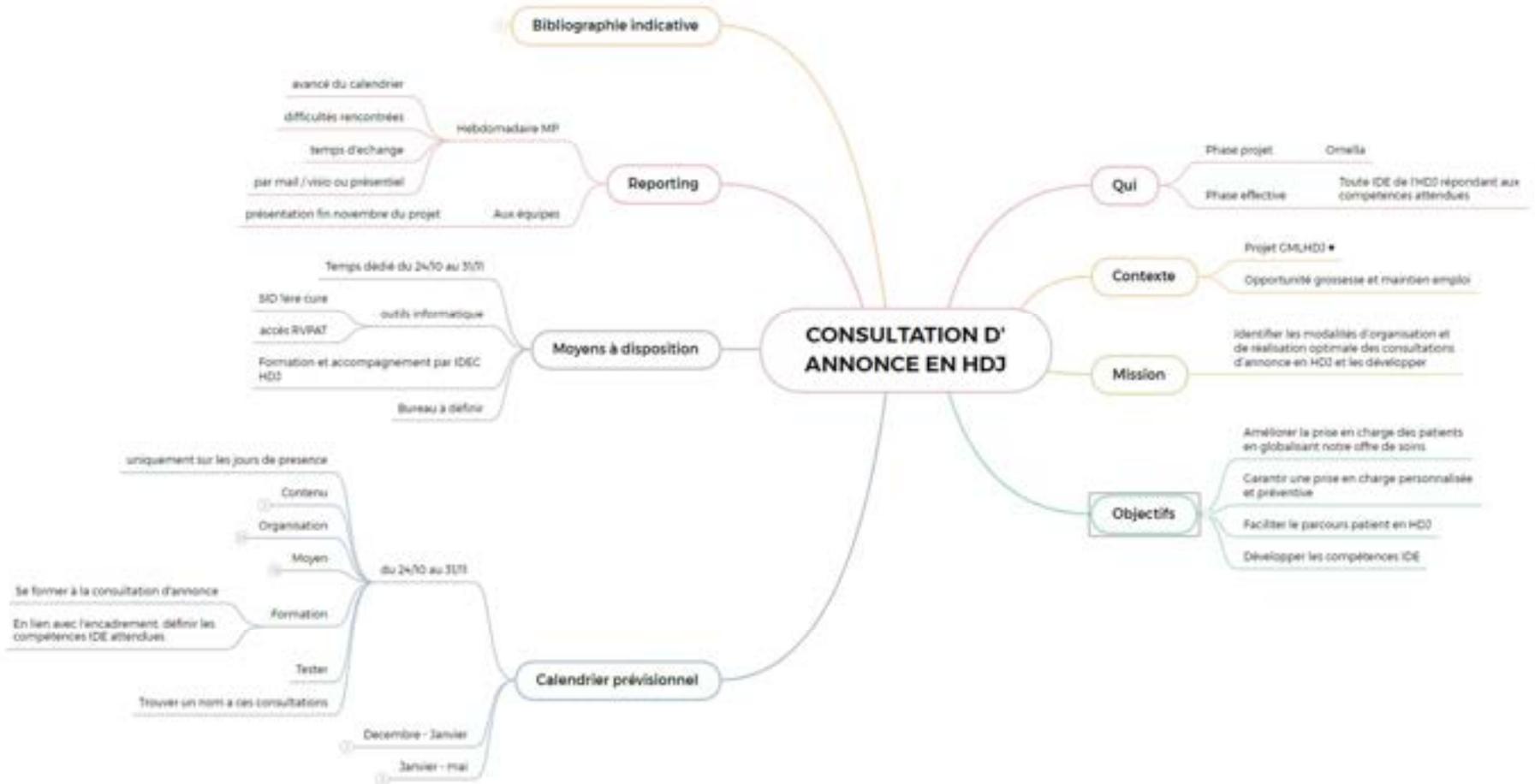
Démographie IDE HDJ



ACTIONS

- Refondre le management de l'HDJ: Conduire GR1 & GR2 → 1 équipe pour un parcours patient fluide
- Diversifier et développer les activités IDE:
 - Consultation 2nd avis
 - Régulation onco
 - Teleconsultation onco
- Recruter « les bons profils » et stabiliser l'équipe (horaires mixtes)
- Améliorer et optimiser les conditions de travail:
 - Emploi temporaire: limiter au strict minimum qui répondent pour deux ou trois postes critiques temporairement, éviter mal-être en déplaçant les équipes
 - Prévention des soins
 - Prévenir l'épuisement

Annexe 11 : "Lettre de mission" Pilote du projet Consultation Infirmière



Annexe 12 : Officialisation de la mission donnée au Pilote du projet Consultation Infirmière

 Répondre  Répondre à tous  Transférer



ven. 21/10/2022 10:36

MOULLE Marie-pollen

mission consultation IDE HDJ

À

Cc

Chères toutes,

Comme discuté ensemble, je vous confirme que Ornella est « missionnée » à partir de la semaine prochaine et ce, jusqu'à fin novembre, sur la refonte des consultations infirmière de l'HDJ.

Elle a pour objectif d'identifier les modalités d'organisation et de réalisation optimales de ces consultations et de les développer pour :

- Améliorer la prise en charge du patient en globalisant notre offre de soins
- Garantir une prise en charge personnalisée et préventive
- Faciliter le parcours patient en HDJ à J0
- Développer les compétences IDE

Je sais qu'une bonne partie d'entre vous l'accompagnera dans cette mission ☺

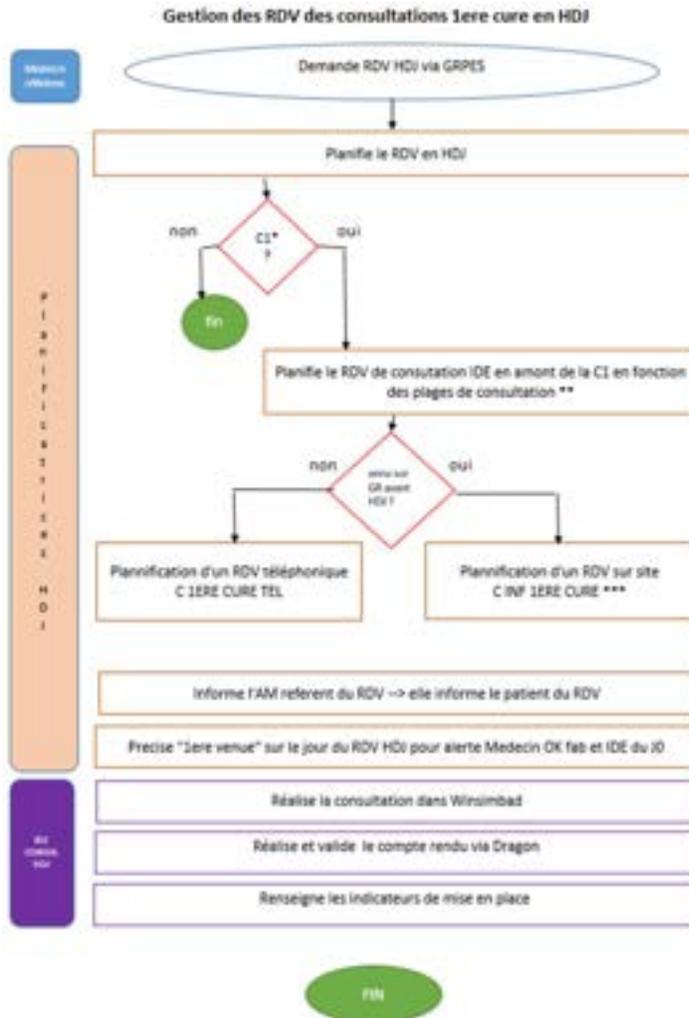
Elle vous fera un retour « officiel » fin novembre.

Bien à vous toutes,

Marie-Pollen

Marie-Pollen MOULLE
Cadre de Santé
Hôpital de Jour Médecine
Gustave Roussy 1, RDC, Bureau 456B/329

Annexe 13 : Processus de programmation des Consultations Infirmières



- * 1/ identification de CI si pose de PAC demandée
- 2/ identification via le SID "1ere cure"
- 3/ exclure C INF SEND et C IDEC HDJ (sid demandé)

- ** * moyenne de 35 RDV par semaine avec annulation J0 (environ 1/3) pour changement de parcours)
- * proposition d'ouverture sur 4 jours : du lundi au jeudi
- * 1h par patient : preparation dossier, entretien, compte rendu, orientation
- * de 8h45 à 13h45 sur GR2 (pour horaire IDE 8h30-17h)
- * de 8h45 à 17h45 sur GR1 (pour horaire IDE 8h-19h)
- * mardi-mercredi-jeudi sur GR1 / lundi GR2

- * sigle à créer
- * voir facturation
- * voir possibilité de téléconsultation
- *** attention le lundi les consultation seront faites depuis GR2

- * Mail à l'AM référente

- * sigle à créer avec demande de suppression à minut

- * demander les droits Dragon

- * indicateurs à définir

- * comment s'annule le RDV si chimio annulé (changement traitement) ?



Poste à pourvoir par mobilité interne

Annoncé le : 17 avril 2023

Clôture le : 05 mai 2023

INFIRMIER(E) PRINCIPAL(E) Département de Médecine Hôpital de Jour

Position : 5

Niveau: H

Temps : Plein

Candidature

À adresser à :
Hélène DUPUY
DRH -13
Poste 2.6263
Lettre de motivation
et Curriculum Vitae

Dans le cadre
de notre politique
volontariste
en faveur de l'insertion
des personnes en
situation de handicap,
toutes les candidatures
reçues sont étudiées
à compétences égales

Missions : sous la responsabilité des cadres de santé

- / Participer à la planification des tâches de l'équipe et à la coordination de l'activité
- / Participer au suivi du temps de travail des membres de l'équipe
- / Garantir la réalisation des soins et en évaluer la qualité
- / Rechercher et proposer des améliorations dans la prise en charge des patients
- / Participer à la mise en place de protocoles et veiller au respect des procédures et réglementations applicables
- / Assurer un rôle de référent dans son domaine d'activité ou d'expertise
- / Veiller à la maintenance du matériel et à la bonne tenue de la salle de soins
- / Veiller à la qualité du service rendu au patient et à sa famille
- / Etre le relais des décisions institutionnelles auprès de l'équipe en informant et en faisant appliquer les nouvelles mesures ou procédures
- / Rendre compte à son encadrement des dysfonctionnements et du climat social
- / Participer à l'élaboration de rapport d'activités
- / Veiller à l'encadrement et à la bonne intégration des nouveaux personnels
- / Veiller au tutorat et à l'encadrement des étudiants et stagiaires
- / Veiller au respect des règles d'hygiène et de sécurité de son secteur d'activité

Formation

- / Diplôme d'Etat d'infirmier
- / Expérience de 3 années effectives au lit du patient
- / Expérience d'encadrement professionnel (étudiants, nouveaux embauchés)

Horaires

- / Amplitude horaire 07h30

Aptitudes

- / Capacités d'adaptation et d'organisation, sens des priorités
- / Prise d'initiatives et décisions adaptées en utilisant les ressources disponibles
- / Sens du travail en équipe pluridisciplinaire, capacités relationnelles et d'écoute
- / Autonomie, rigueur, discrétion, disponibilité, diplomatie, pédagogie, bienveillance
- / Capacité d'analyse, de synthèse, de distanciation et de positionnement

PROJET MANAGERIAL
GML'Hdj - Globaliser - Moderniser - Liker l'Hdj

MOUILLÉ Marie-Pollen

MOTS CLÉS	KEY WORDS
#gestion de projet, #modernisation des organisations, #responsabilité managériale	#project management, #modernisation of organisations, #managérial responsibility

Notre système de santé subit des contraintes humaines qui s'opposent à la préservation de son offre de soins. Gustave Roussy dispose d'un HDJ, composé de deux sites, qui souffre de la raréfaction de son personnel soignant. La modification du rapport au travail fait état d'un « consentement au travail » et engage la responsabilité du management. Alors : **Comment maintenir une prise en charge de qualité et augmenter l'attractivité professionnelle d'un service ayant une activité « monocentrée » et extrêmement cadencée où la redoutable, mais nécessaire, industrialisation de nos organisations s'impose ?** Sous l'acronyme **GML'Hdj** ce projet vise à moderniser la gestion des ressources humaines et les organisations soignantes de l'HDJ.

Un état des lieux fonctionnel, humain et organisationnel démontre, d'une part, une distinction d'activité et de charge entre les deux sites du service en lien avec des contraintes logistiques et une double gouvernance. Puis, en lien avec des conditions horaires différentes, un « déséquilibre des forces » opposant, d'un côté, des IDE expérimentées qui prennent en charge des patients « plus simples » et, de l'autre, des IDE dépourvues d'expérience confrontées à des prises en soins plus complexes. Enfin, un ressenti « moyen à bon » de la qualité du travail et de ses conditions de réalisation par les équipes soignantes.

Trois axes sont proposés. Premièrement, le développement d'activités soignantes sur le parcours patient et le gain en ergonomie. Les freins culturels sont importants et des expériences apprenantes sont mises en œuvre : un benchmarking (découvrir des organisations différentes et en garder « le mieux »), une expérience « Cassandré » qui transforme les critiques négatives en actions positives, puis, la création d'un objectif commun signifiant : la satisfaction patient. Le deuxième axe aborde la refonte du management des deux sites. Les freins politiques y sont menaçants. Le dernier propose la création d'horaires doubles afin d'attirer les « bons » profils soignants et fait l'objet d'une analyse stratégique spécifique tant l'organisation des temps de travail est aujourd'hui « le nerf de la guerre ».

Les indicateurs d'évaluation dévoilent de premiers résultats concluants en terme d'implication des équipes, d'activités de soins, de satisfaction du patient. Néanmoins, on admet la sous-estimation des enjeux politiques de la refonte managériale. Enfin, au terme de ce travail, un regard élargi et tourné vers les enjeux de santé publique suggère des modifications organisationnelles plus transformantes, misant sur la polyvalence et le développement de compétences sur le parcours patient.

Our health system is suffering from human constraints that are opposed to the preservation of its care offer. Gustave Roussy has a two-site HDJ, which suffers from a shortage of nursing staff. The change in the relationship to work indicates a "consent to work" and engages the responsibility of management. So : **How can we maintain quality care and increase the professional attractiveness of a department with a "monocentric" and extremely fast-paced activity where the formidable, but necessary, industrialisation of our organisations is imposed ?** Under the acronym **GML'Hdj** this project aims to modernise the management of human resources and the care organisations of the HDJ.

A functional, human and organisational inventory shows a distinction in activity and workload between the two sites of the service in connection with logistical constraints and dual governance. Then, in connection with different working hours, an "imbalance of forces" opposing, on the one hand, experienced nurses who take care of "simpler" patients and, on the other hand, nurses without experience who are confronted with more complex cases. Finally, the quality of the work and the conditions in which it is carried out is felt to be "average to good" by the nurses.

Three axes are proposed. Firstly, the development of care activities on the patient pathway and the gain in ergonomics. Cultural obstacles are important and learning experiences are implemented : benchmarking (discovering different organisations and keeping the "best" of them), a "Cassandré" experience that transforms negative criticism into positive action, and then, the creation of a meaningful common objective : patient satisfaction. The second axis deals with the reorganisation of the management of the two sites. The political brakes are threatening. The last one proposes the creation of double shifts in order to attract the "right" caregiver profiles, which is the subject of a specific strategic analysis, since the organisation of working hours is nowadays "the sinews of war".

The evaluation indicators reveal initial conclusive results in terms of team involvement, care activities and patient satisfaction. Nevertheless, the political stakes of the managerial overhaul were underestimated. Finally, at the end of this work, a broader viewpoint focused on public health issues suggests more transformative organisational changes, focusing on polyvalence and the development of skills in the patient track.