

**Gestion et utilisation des ressources  
humaines dans six établissements  
de santé spécialisés en psychiatrie**

**- Rapport définitif**

**Tome II/III - Annexes**

*présenté par :*

*Hélène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI,*

*Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

**Rapport n°2007-033P  
Juillet 2007**

**Gestion et utilisation des ressources  
humaines dans six établissements  
de santé spécialisés en psychiatrie**

**- Rapport définitif -**

**Tome II/III – Annexes**

*présenté par :*

*Hèlène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI*

*Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.  
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.*

**Rapport n°RM2007-033P  
Juillet 2007**

**ANNEXES**



<b>LISTE DES ANNEXES</b>
--------------------------

**ANNEXE 1 : La vie au travail : cas types**

- **Aide-soignante (hospitalisation)**
- **Infirmier (CMP-CATTP)**
- **Infirmier (HDJ)**
- **Infirmière (CAC)**
- **Infirmier (hospitalisation)**
- **Psychologue**
- **Auxiliaire de vie (HDJ-CMP)**
- **Kinésithérapeute**

**ANNEXE 2 : Calcul du temps médical (exemple du CHS de Ville-Evrard)****ANNEXE 3 : L'utilisation du temps de présence des médecins du CHS d'Evreux (tous secteurs adultes)****ANNEXE 4 : L'utilisation du temps de présence des médecins du CHS de Ville-Evrard (secteur n°13)****ANNEXE 5 : L'utilisation du temps de présence des infirmiers du CHS d'Evreux (toutes équipes intra et extra)****ANNEXE 6 : L'utilisation du temps de présence des infirmiers du CHS de Ville-Evrard (secteur n°13 – unités d'hospitalisation et structures ambulatoires)****ANNEXE 7 : L'utilisation du temps de présence des infirmiers de l'Institut Marcel Rivière (secteur n°78G15 – Toutes équipes intra et extra – unités d'hospitalisation – structures ambulatoires)****ANNEXE 8 : Les réunions au CHS****ANNEXE 9 : L'entretien infirmier****ANNEXE 10 : Le difficile positionnement des psychologues****ANNEXE 11 : Définition**



**Annexe 1**

**LA VIE AU TRAVAIL : CAS TYPES**



**AIDE SOIGNANTE D'UNE UNITE D'HOSPITALISATION**  
**(Institut Marcel Rivière)**

Madame S. est aide-soignante dans l'unité temps plein de Marcel Rivière (26 lits). Elle dit aimer beaucoup son travail, qui n'est jamais « routinier ». Ses horaires sont : 8h – 15h, quand elle partage le repas thérapeutique dans le pavillon, 8h – 16h sinon ou 13h – 20h. Elle travaille un week-end sur deux.

**Emploi du temps**

Elle décrit ainsi sa journée :

8h – 8h20 : Transmission courte avec l'infirmière, notamment sur les incidents qui ont pu survenir pendant la nuit.

8h – 8h30 : Elle fait le tour des chambres des patients qui ont été enfermés toute la nuit et dont certains ne sont pas contents, elle leur parle et les fait patienter. Selon le nombre de patients et leur état, elle fait ce tour seule ou accompagnée d'une infirmière.

8h – 8h30 : Distribution des médicaments aux patients qui restent enfermés pendant le petit déjeuner par l'infirmière. L'aide-soignante distribue les plateaux sans médicament aux patients non difficile. Elle veille au petit déjeuner des patients qui ont du mal à le prendre seul, par exemple une patiente qui fait des « fausses routes », un patient qui ne peut pas se lever.

9h - Débarrassage des plateaux. Tour des chambres, avec la clef pour celles qui ne sont pas ouvertes, sollicitation des personnes qui ne sont pas réveillées.

9h :- assiste, si elle a le temps aux transmissions infirmières/médecin

9h – 12 h : Activité prioritaire pendant au moins deux heures : aide à la toilette des patients. Commence par les personnes les moins autonomes : un monsieur hémiparétique, un jour sur deux douches, sinon toilette au lavabo, à 2 à 3 personnes : rasage, habillage, mettre les bas de contention, refaire le lit, le solliciter pour qu'il aille dans son fauteuil : au moins une demi-heure, une à trois personnes. Autre patiente lourde : toilette à deux personnes. Les patients violents également sont assistés par deux personnes.

La toilette est souvent en psychiatrie une activité thérapeutique dont l'aide-soignante rend bien compte : ainsi d'une patiente qui a subi une ablation d'un sein et qui a du fait de ses troubles psychiatriques, plus de difficultés encore à l'assumer, l'aide-soignante parle de tout un travail de renarcissisation, selon les jours, elle l'accompagne à la douche, dans la douche, elle l'aide à choisir ses habits, elle la fait se coiffer, se maquiller...

Une fois les toilettes terminées, retour dans les chambres. « Les personnes enfermées la nuit utilisent un seau hygiénique, elles ne le vident pas toujours, elle essaie de les inciter à vider leur seau, à le nettoyer. Aération, lits.

Autres activités : personnes qui sortent de l'hôpital, définitivement ou en permission : préparation de la valise, toilette, salle des bagages ; accompagnement de patients dans une visite à l'hôpital ou aux consultations externes.

Tous les jours, l'aide soignante va à la pharmacie de l'établissement, pour chercher les médicaments, puis à la poste pour prendre et poster le courrier des malades, au laboratoire pour chercher les résultats des analyses et porter les prélèvements. Parfois, elle accompagne un ou des patients, à la poste ou ailleurs.

1/2heures de pause café

11h45 : va voir dans les cuisines, les aide à aménager la table pour les patients qui prennent un repas thérapeutique, aide à changer les draps. Elle va également à la buanderie (centrale) mettre en marche des machines pour des patients qui ne savent pas le faire eux-mêmes.

12h – 12h20 : va chercher les patients pour la distribution de médicaments

12h - distribution de plateaux pour les patients qui mangent en chambre, aide. Soit repas thérapeutique sur place, soit accompagnement de patients au restaurant de l'établissement

13h - plateaux à desservir sur place

13h – 13h45 : Mange au self, auquel cas, fin de service à 16h

13h45 - 14h45 : Réunion de service de l'équipe, transmission

14h – 16h : accompagnement de patients pour faire des emplettes, à l'hôpital (somatique), aux activités (kiné, ergo, socio-éducatif), à la cafétéria, à la buanderie.

14h – 16h : une fois par semaine, réunion soignants/soignés

**Travail direct avec le patient :**

Toilettes, aide à la prise de repas, distribution des plateaux, nursing, repas thérapeutique à la salle à manger du pavillon

Accompagnement de patients, en intra-hospitalier, aux activités, en consultation somatique...

Accompagnement dans activités vers l'autonomie : buanderie, poste, courses, préparation de la valise, choix des habits, accompagnement au self, apprentissage du vidage des seaux (douteux !)  
Relationnel : tour le matin pour rassurer les patients après l'enfermement de la nuit ; sollicitation des patients qui ne veulent pas se lever, faire leur toilette, etc.

**Travail pour les patients :**

Aide au ménage, aide à la préparation des plateaux, courses diverses dans l'établissement (poste, laboratoire, courses diverses, buanderie pour les patients...

**Travail en équipe auprès des patients**

Avec l'autre aide-soignante et avec les infirmiers si nécessaire pour tout le travail auprès des patients, notamment quand les patients sont difficiles.

**Réunion, travail d'équipe dans le service**

Transmission avec l'équipe de nuit ;

Transmission infirmière/médecin

Réunion d'équipe, une fois par semaine

Réunion soignants/soignés, une fois par semaine

**Pauses répertoriées**

Une demi-heure le matin pour le café

Trois quarts d'heures pour le repas au self

**INFIRMIER D'UN CMP et CATTP**

**(CHS Evreux, secteur n°2)**

B.N. est infirmier, diplômé de psychiatrie, depuis 1985, (père cadre de santé, mère infirmière et fille à l'IFSI...) dans le secteur n°2.

Il dit : *« qu'il a eu la chance de faire partie du groupe infirmier à l'instigation du CMP/CATTP de Conches, de participer au groupe de travail et maintenant d'y travailler. »*

Il dira plusieurs fois que *« c'est du bonheur de travailler comme ça »*.

Il dit aussi : *« c'est confortable d'avoir le même cadre, le même médecin depuis le début de ce projet et de renouveler l'équipe petit à petit »*.

Il dit : *« dans cette équipe, on peut prendre beaucoup d'initiative, des risques, on sait que les collègues seront là pour l'alerte. C'est très différent du travail en intra, et justement dans le métier d'infirmier psy, plus on vieillit, plus on peut prendre d'initiative, plus on est à l'aise »*.

Dans cette équipe, *« ils sont libres, mais supervisés, tout en travaillant, ils font ce qu'ils aiment faire. »*

**Champ d'activité**

Tout l'extrahospitalier du sous secteur qui couvre une moitié 40 km au sud d'Evreux : CMP, CATTP, VAD et travail dans la communauté. Cet infirmier fait 5 demi-journées de CATTP, de l'accueil infirmier en CMP et des visites à l'extérieur. Au CATTP, il anime des activités, le CATTP proposant deux activités par demi-journée.

**Emploi du temps**

Les horaires de travail sont 8h30 – 17 h, du lundi au vendredi.

Lundi matin :

8h30, prise de service au PC du secteur 2, auprès du cadre supérieure de santé, transmissions sur le week-end, ré-hospitalisations, sorties prévues ... Coups de fil donnés par des patients suivis en extra à l'intra, le week-end. En profite pour chercher des fournitures en tant que de besoin.

9h – 9h15 : accueil des patients , café, thé, parlent de l'actualité. (4 infirmiers sur 5 plus le cadre, qui fait aussi des soins infirmiers). 1 ou 2 infirmiers se détachent souvent du groupe pour parler avec un patient qui a besoin d'un entretien.

9h30 – 10h30 : activité CATTP, suivie de 15' de rangement

10h45 – Attente des taxis, petits groupes de discussion

11h30 : les patients s'en vont

11h30 – 12h : Synthèse de la matinée, transmission

Chaque semaine on donne aux patients le programme de la semaine suivante, on fait ce qui a été prévu, comme dans la réalité, n'a pas l'air de se plaindre de devoir piquer dans la voiture sur le parking, trouvent toujours une solution intéressante. Certaines activités ont dû être abandonnées, car elles sont trop loin de la réalité des patients, ainsi l'équitation.

Repas : tous les deux mois, repas convivial avec les patients. Tous les quinze jours, repas diététique avec activité diététique. Sinon, une demi-heure de coupure pour le repas pris sur place (avec gamelle). Permet les échanges sans patients. Temps où les soignants peuvent parler de leurs difficultés personnelles, sert à la cohésion de l'équipe.

Après midi : le plus souvent CMP

Consultations avec le médecin, le psychologue, qui consultent toujours avec un infirmier pour le chef de secteur, selon pour le chef de l'extrahospitalier.

Parfois aussi des consultations avec l'assistante sociale et le diététicien.

Entretiens infirmiers seuls : plutôt du filtrage.

Injections retard : données au cours de la consultation médicale ou après par l'infirmier.

#### **Autres activités :**

Visites à domicile. Elles sont toujours faites sur prescription médicale, le cadre demande toujours quel sens a la visite.

Visites dans les maisons de retraite : une fois par semaine par l'infirmier, une fois par mois, avec le médecin. Vont voir le service central, puis font le tour de leurs patients, puis des autres pensionnaires, 5 à 6 minutes par pensionnaire, puis voient les équipes, notamment avec le médecin et le psychologue pour soutenir l'équipe de la maison de retraite.

#### **Travail en réseau :**

Travail avec la MJC de Conches, avec des groupes de jeunes en stage de réinsertion.

Travail avec les gendarmes, les pompiers. Quand un patient est un peu limite, ils interviennent tout de suite à l'appel des gendarmes.

On peut donner un coup de fil au médecin, il voit alors le patient dans la journée.

Visites aux familles d'accueil : 3 qui sont à 60 km d'ici. Une famille reçoit 3 patients, avant c'était la mère, maintenant la fille a repris, il faut la soutenir.

### **INFIRMIERE CMP ET HDJ**

#### **CHS Evreux, secteur 1**

S. F. est infirmière dans cet hôpital de jour, CATTP depuis un an, elle est infirmière diplômée de psychiatrie depuis 1980, a été avant cela secrétaire médicale à Bernay. Elle a eu un parcours très varié, avec beaucoup d'extrahospitalier. Il y a un an, elle travaillait la nuit. Suite aux événements de Pau, qui se sont passés dans un contexte identique à celui de l'unité où elle travaillait, elle a demandé à repasser de jour. Elle vient de réussir le concours d'entrée à l'école des cadres et on lui a donc demandé de faire fonction de cadre de santé, ce qu'elle a accepté, en poursuivant une formation sur deux ans, en alternance, à la Croix rouge, sur Paris.

#### **Champ d'activité**

Tout l'extrahospitalier du sous secteur qui couvre une moitié d'Evreux : Hôpital de jour, CMP, CATTP, VAD et appartements de transition.

**Emploi du temps**

Lundi matin : une fois par mois, participe au staff du secteur qui a lieu deux fois par mois. Les soignants de l'extra préparent la réunion ensemble. Ils parlent des gens sortis d'hospitalisation depuis peu ou de patients ré-hospitalisés.

Les autres lundi matins : VAD, seule ou à deux selon les malades. Pour les infirmières, les VAD se font au rythme des injections retard, 15,21 ou 30 jours et concernent 30 patients environ. Puis on s'entretient avec les patients, on leur prépare leur semainier pour certains, on leur enseigne à le faire. On travaille en réseau avec le service de soins à domicile de la ville, les tuteurs, il arrive qu'ils fassent des VAD en commun, ou s'arrangent pour se partager la semaine, certains patients n'ayant que ces contacts.

Lundi midi : repas de l'HDJ apporté par l'hôpital, chauffé sur place, pour 6 à 7 patients.

Lundi après midi : CATTP et une partie de l'HDJ.

Pour le CATTP et pour l'hôpital de jour, on organise des activités l'après midi : théâtre, un animateur plus un infirmier, 2/ mois pour 6 patients de 14h à 16h ;

Mardi matin : VAD en moyenne 9 à 10 par matinée.

Repas non thérapeutique sur place, avec le repas apporté, tickets restaurant.

Mardi après midi : chant à la MJC avec l'hôpital de jour du secteur 3 ; représentation commune avec eux dans une maison de retraite ; jusqu'à 10 à 12 patients.

Mercredi : hôpital de jour toute la journée, 9h – 16h30 avec psychologue.

Mercredi matin : groupe de parole fermé, 6 patients, un infirmier, un psychologue.

Repas thérapeutique.

Après midi, (groupe mémoire d'une collègue et psycho) ; activités plus occupationnelles et plus occasionnelles.

Jeudi matin : VAD (repartent toujours du CHS, transmissions orales au PC)

Après midi : sorties extérieures, pêche, bowling. Egalement réunions d'équipe, en alternance avec le vendredi, un jeudi sur 2, le matin, pas de patient présent alors.

Vendredi matin : réunion une fois sur deux

Intervenant dessin toute la journée

Une fois par mois, paroles en commun (réunions soignants soignés).

Autres vendredi, en sus du dessin, le matin, l'après midi, groupe presse.

Deux fois par semaine, visite aux appartements de transition.

Les patients de ces appartements de transition fréquentent 4 jours sur 7 l'hôpital de jour. Il arrive qu'ils se fassent ré-hospitaliser le soir ou le week-end.

Cette infirmière déplore la solitude des patients le soir et le week-end et trouverait bien que les soignants de l'intra, puissent leur faire un petit signe le week end.

**INFIRMIERE AU CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE ET AU CMP**  
**CHS de Ville Evrard Secteur n°6**

**Horaires de travail**

Les horaires de travail sont organisés en plages de 12h, soit : 8h – 20h, soit 20h – 8h.

**Succession des tâches**

Equipe de jour

8h : transmission avec l'équipe de nuit  
 Préparation des petits déjeuners servis en salle à manger du CAC ;  
 Salle de soins : préparation des traitements et en même temps accueil des patients qui arrivent quotidiennement, pour des tests (diabétiques), des médicaments.  
 Aide aux patients faibles à faire leur toilette  
 Réponses au téléphone, notamment aux médecins généralistes, aux hôpitaux, Bichat, Avicenne, La Roseraie, aux AS de ville, aux foyers et aux patients eux-mêmes qui sont à domicile ou dans des foyers et qui téléphonent quand ils sont angoissés.  
 Vers 9h arrivent les médecins du CMP. Ils envoient un malade. Viennent les malades pour les injections retard de tout le secteur. Cette année il y a eu 400 nouveaux cas au CMP, l'infirmière pense que la file active augmente du fait des difficultés sociales.  
 Puis visite des patients hospitalisés, qui sont vus tous les jours (encore heureux dans un CAC) par un médecin et un infirmier.  
 En même temps accueil des urgences, le premier accueil étant infirmier.  
 Repas : tout le monde à la salle à manger.  
 Quand on revient de manger, traitement des malades.  
 Après midi, réception des familles qui demandent qu'on garde leur malade. Soins infirmiers pour le CMP, entretiens infirmiers pour les malades du CAC  
 Repas : 19h le soir.  
 Le traitement de nuit est donné par l'équipe de nuit  
 Equipe de nuit  
 Arrivée 20h : transmission avec l'équipe de la journée.  
 Repas sans malade.  
 Les malades du foyer restent seuls.  
 22 h : une infirmière reste au CAC, l'autre monte au post cure.  
 Distribution des médicaments aux malades des deux structures, prise de tension si nécessaire.  
 Surveillance de la mise au lit et un tour pour le sommeil.  
 Deux patientes du foyer de post cure ont besoin d'être mises au lit.  
 Pour cela, quand tout est prêt, l'infirmière du foyer appelle sa collègue du CAC qui monte l'aider.  
 Puis une infirmière et un interne au CAC.  
 L'interne doit se lever pour chaque entrant.  
 Il y a plus de patients le jour que la nuit, la nuit il y a des appels surtout.  
 Avant de partir le matin (à 8h) l'infirmière lève et fait faire sa toilette, donne son traitement à une femme qui encore en foyer postcure, mais qui travaille dans un CAT.

**Participation à des réunions**  
 Staff tous les matins avec le médecin.  
 Tous les mois, réunion entre les infirmiers de jour et ceux de nuit, à 18h30, à propos de l'organisation.  
 Les infirmiers ne participent pas aux staff quotidien de l'unité d'hospitalisation.

**INFIRMIER, UNITE D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN**

**Ville Evrard, secteur n°6**

Cet infirmier est en poste depuis un an et demi et c'est son premier poste. Il y avait fait son stage d'un mois en deuxième année et y effectuait des gardes d'aide soignant le week-end durant la troisième année.

Il travaille 38 heures par semaine, soit de 7h à 15h, soit de 13h à 21h, il effectue également des remplacements de nuit sur le Centre Henri Duchêne (CAC) qu'il prend en journées de récupération.

### **Succession des tâches**

7h : transmission avec équipe de nuit, le plus rapidement, juste infirmiers/aide soignants.

Puis « *parfois on peut se poser avant de s'y mettre, d'autres moments, il faut s'y mettre tout de suite* ».

Préparation des traitements ; tension ; plateaux ; chambre d'isolement ; surveillance du petit déjeuner au self de l'unité.

Suivant les patients, nursing, aide à la toilette, à l'habillement etc.

En général ce sont les aide soignants qui font ça, mais suivant les charges de travail, il y a collaboration. En général les AS sont 4 et les IDE 12, dont certains à temps partiel.

9h – 9h30 : staff. Sinon, tour rapide avec les médecins, puis entretiens avec les trois médecins. Réponses aux demandes des patients, accompagnement à l'extérieur.

Les VAD ne se font pas le matin, plutôt à l'inter-équipe.

Préparation des traitements midi.

Repas chambre d'isolement et en général surveillance visuelle, au moins toutes les heures, et un œil dessus chaque fois qu'on passe devant ; visite au moins 4 fois par jour, plus entretien si de besoin.

Repas self, surveillance.

En ce moment la plupart des patients mangent au self.

En plus des patients hospitalisés, les soignants de l'unité continuent à suivre certains patients qui vont aussi au CMP, au CATTP ou au CAC.

Les HO en sortie d'essai sont vus à l'unité intra, systématiquement, même pour leurs injections retard.

Ainsi pendant que la mission était dans l'unité, elle y a vu un homme, en HO L122-1, qui venait demander une permission pour aller passer un WE chez son frère à 200 km et l'infirmier interrogeait le médecin chef, qui accordait la permission, mais en avertissant la DDASS.

S'agissant des patients à l'extérieur, suivis par l'équipe intra, elle dispose d'un cahier, où elle note pour le mois, le planning, activités, entretiens, traitement.

13h : transmissions.

13h – 21 h : Beaucoup d'activité. Chaque infirmier anime une activité par semaine, de manière à ce qu'il y ait une activité tous les jours :

Mardi : théâtre de 14h à 16h 30. Mercredi : activité piscine, qui ne se fait plus ; après midi : informatique Jeudi : presse, de 14h à 16h et Association sportive de VE de 14h à 16h 30, avec des soignants de l'unité. Vendredi : musique, expression corporelle.

Selon les activités, les patients (dont la DMS est courte) reviennent ; ainsi le groupe théâtre fonctionne avec des ex-patients hospitalisés, ainsi que musique (plutôt des patients du foyer de post cure que de l'unité d'accueil), la revue de presse mêle les ex et les intra, l'informatique touche surtout les extérieurs.

Les ordinateurs sont d'ailleurs prévus aussi pour servir à des activités psycho, pour de la réhabilitation des capacités cognitives après des épisodes délirants.

16h : goûter, soit dans le petit jardin, soit en salle de repos, puis goûter dans la chambre d'isolement.

Soins, réponses aux demandes des patients, souvent très angoissés, agités, qui ont des problèmes somatiques, qui doivent être rassurés après une visite de leur famille qui les a perturbés,

Le statut du patient, droit aux visites, peut sortir ou non, peut téléphoner ou non est consigné dans son dossier médical. Il est discuté en équipe, parfois l'infirmier peut restreindre.

### **Comment l'infirmier IDE a-t-il appris son métier ?**

- il a fait tous ses stages optionnels en psychiatrie ; il a effectué beaucoup de vacations comme aide soignant ; il a été en contact avec des infirmiers psychiatriques, qui de manière informelle lui ont appris le métier ; il discute beaucoup « entre nous » des prises en charge, quand il y a quelque chose de difficile à vivre.

Par exemple, quinze jours après son arrivée, un patient inconnu s'est mis à tout casser, il s'est révélé inaccessible à la discussion, il a fallu prendre la décision de le mettre en chambre d'isolement. Il y avait deux médecins, mais c'étaient des internes et la décision de le mettre en chambre d'isolement a été prise trop tardivement, car difficile à prendre.

Ensuite l'équipe a discuté comment ils auraient pu prendre la décision plus rapidement.

#### **Quels sont ses rapports avec d'autres professions ?**

Avec les médecins, la collaboration est bonne, il y a toujours un infirmier à un entretien médecin, il y a explication, discussion des prises en charge avec le médecin.

Avec les psychologues, la collaboration est bonne, car ils travaillent avec les médecins en entretien et le psychologue du service est un très bon clinicien.

Avec l'assistante sociale ? *« Elle peut plus aider à revoir les papiers : sécurité sociale, RMI, AAH ; de plus elle connaît un réseau d'assistantes sociales à l'extérieur et peut ainsi aider les patients »*

#### **La différence infirmier - aide soignant ?**

L'infirmier fait et lui seul tout ce qui est sur prescription médicale : injections, préparations médicales. Dans le service même, comme les aides-soignants connaissent bien la psychiatrie, il n'y a pas de grosse différence. Il y a aussi collaboration avec les trois ergothérapeutes et un psychomotricien, qui travaillent aussi sur le CATTP, ainsi qu'avec l'aide soignant qui suit les activités sportives sur VE.

#### **Les avantages de la « relocalisation » ?**

L'esprit d'équipe est important et fait cohésion, plus que l'architecture ; les locaux sont plus agréables, mais ils ont perdu le cadre de VE ; ils gagnent en proximité avec les familles, mais reste le problème de l'appel à renforts, plus difficiles à faire venir ici.

### **AIDE SOIGNANTE , UNITE D'HOSPITALISATION**

#### **CHS d'Evreux du secteur n°1**

A.X. Diplômée depuis 2000. En congé parental puis a repris.

Horaires : 3 matins ; 2 repos ; 3 après-midi, 2 repos etc. A 100% : 13 RTT .

#### **Succession des tâches**

Arrivée le matin à 6h45, mais en fait une fois sur deux, car comme elles sont 5, leur cadre admet qu'elles ne soient que 2 jusqu'à 7h45, car on ne réveille les patients qu'à 8h.

Arrivée : transmissions. Petits déjeuners prêts sur chariots.

8h : réveiller les patients, leur donner leur linge, dire qui va à la douche et qui va se laver au lavabo. (les chambres sont ouvertes la nuit, sauf la chambre d'isolement).

Mais les armoires sont fermées à clef. Le patient décide ce qu'il va mettre ou on l'aide à choisir, ou on lui donne ses habits.

Toilette : plus de surveillance que d'aide

Petit déjeuner dans la salle de réfectoire : une infirmière et une ASH. Buffet organisé un peu comme un self.

Distribution des médicaments, grosse surveillance des repas, car fausses routes.

Pendant ce temps, les AS et les AMP font l'entretien des chambres et des salles de bains avec les patients : lit, mobilier, lavabo. (mur, sol, carreaux faits par les ASH)

Pause café (avec des patients éventuellement) avec les autres soignants, transmission.

10h30 : agenda. On y marque tout ce qu'on a à faire. Les soignants s'organisent entre eux.

Ce matin, l'AS a accompagné un patient au centre hospitalier pour une visite en chirurgie, avec un chauffeur de l'hôpital.

On essaie au maximum de conserver aux patients leur autonomie, mais on s'est rendu compte qu'ils utilisaient des occasions, comme l'achat de petites choses, dont les cigarettes pour troquer.

Une à deux fois par mois, accompagnement des patients, certains pour voir leurs enfants, d'autres leurs parents.

Le nombre de soignants nécessaires à la sécurité reste dans le service.

Sorties à but thérapeutique : zoo ; bord de la mer ; ferme pédagogique ; activités sur l'année : bibliothèque, visites à Paris, piscine (avec d'autres) ou sports adaptés.

#### **Qui impulse ces activités?**

C'est l'équipe. Qui est l'équipe ? Les infirmiers, les aides soignants. Et le cadre ? oui. Le médecin n'est jamais mentionné.

### **PSYCHOLOGUE EN HOSPITALISATION TEMPS PLEIN**

#### **Institut Marcel Rivière**

La psychologue a un plein temps (37 heures par semaine) sur le service d'hospitalisation à temps plein et sur le CMP de Maurepas

Dans son contrat n'est pas prévu un temps FIR (formation, information, recherche). *Elle fait « une semaine de 37 heures comme les médecins »*

Le planning des psychologues est établi par le médecin directeur. Les psychologues du service se répartissent les malades selon le type d'intervention, étant l'une de formation analytique, l'autre comportementale.

#### **Succession des tâches**

Dans les entretiens avec les patients, (toujours de 45 minutes), la psychologue fait passer parfois des tests de personnalité et des tests cliniques et démarre des psychothérapies

Lundi 15 mai : Matin : 4 patients (de l'extérieur) vus à raison de séances de 45 minutes, dans le bureau des psychologues dans le grand bâtiment (ni dans l'htp, ni HdJ, ni CMP) : 180 minutes, soit 3heures

Déjeuner

14h – 16h30 : réunion d'équipe et clinique du pavillon

16h30 : un entretien de 45 minutes

Mardi matin : CMP à Maurepas : 10h30 – 12h : réunion d'équipe, reçoit des patients avant et après. Combien le 16 mai ?

Mardi après midi : 4 patients, soit 180 minutes

Mercredi : Matin : groupe d'accueil, de 10h30 à 12h ; reçoit « éventuellement » un patient pour un entretien avant

Mercredi après-midi : 14h – 17h : 4 patients

Mercredi soir : groupe parents

Jeudi matin : consultation du médecin, y assiste

Jeudi après midi : réunion soignants soignés plus post groupe : deux fois 45 minutes. Consultations selon demande, dossiers

Vendredi : entretiens, consultation

#### **Temps direct avec patients**

Entre 14 et 22 séances individuelles de 45 minutes, soit 10heures trente et 16,5 heures

#### **Patients en groupe**

Deux fois 45 minutes pour réunion soignants/soignés et post-groupe

Groupe parents

Groupe d'accueil : 1h30  
 Consultation du médecin : deux heures

**Réunions en équipe**

Réunion du pavillon ; réunion du CMP Maurepas ; soignants/soignés

**Réunions sur l'établissement :**

Lundi 13h : staff médecins et psychologues  
 Jeudi 12h – 13 h réunion médicale

**Remarques :**

Ne fait plus l'activité psychodrame, pour laquelle elle a été formée, car celle-ci s'étiolo sur l'institution  
 Dans le projet de service, les psychologues seront rattachés à chaque pôle et auront une meilleure insertion institutionnelle  
 Ce qui a aussi évolué c'est la durée moyenne de séjour (raccourcissement) et donc le fait qu'on ne peut plus démarrer certaines activités : psychothérapies au long cours, groupe psychodrame...

**AUXILIAIRE DE VIE EN HDJ ET CMP**  
**Institut Marcel Rivière**

Madame A. est auxiliaire de vie (diplômée d'Etat), mais inscrite comme agent hospitalier, car la convention de 51 ne reconnaît pas le titre  
 Elle effectue des semaines de 35 heures, 2 jours à 8h et 3 jours à 7heures.  
 Elle intervient au domicile des malades, une fois par semaine ou quinze jours, sur prescriptions faites pour un temps donné, renouvelables  
 Elle dispose d'un véhicule de service et d'ordres de mission si elle sort du secteur  
 Travail en équipe, réunions

**Succession des tâches**

9h : passer au CMP et à l'hôpital de jour et assister à la transmission.  
 16h30 : rendre compte des patients au CMP  
 1heure par semaine, le mercredi : réunion de service au CMP  
 2 heures par semaine, le jeudi : une réunion de 2 heures pour l'hôpital de jour  
 Rapports journaliers au cadre infirmier ou à l'infirmier référent

**Travail au domicile des patients**

9h30 : Rendez-vous au Mesnil pour aider un patient à l'entretien de son appartement : notamment lui faire trier son frigo, jeter les produits périmés, voir ce que sa sœur lui a acheté à manger. Souvent il refuse de participer, quand il est proche de son injection. Lui parler.  
 11h30 : retour au CMP  
 13h30 : Visite d'un autre patient. C'était le jour où il avait demandé à un plombier de venir. En effet, il avait des problèmes d'évacuation de toilette, l'auxiliaire de vie a changé d'entreprise pour qu'on recherche l'endroit où c'était bouché, elle a appelé la curatrice et elle y retourne le lendemain, quand l'entreprise nouvellement contactée viendra.

16h30 : retour au CMP

### **Activités avec collectif de patients**

Déjeuner sur place avec les malades de l'hôpital de jour au restaurant : tables de 6 malades avec un soignant. Il arrive que les malades se regroupent entre eux et du coup les soignants sont obligés de se mettre ensemble.

Activités CATTP, le mardi après midi : rencontres connaissance de la ville ; jeux de société ;

Atelier cinéma : tous les 15 jours

Groupe cuisine : aux fêtes, exemple crêpes de la Chandeleur

Aux périodes de fête : décoration de l'hôpital

### **KINESITHERAPEUTE** **Institut Marcel Rivière**

Ce kinésithérapeute exerce à plein temps sur l'établissement, pour une durée de 37 heures.

Il organise son temps sur deux semaines, 74 heures. Il travaille sur l'unité d'hospitalisation à temps plein, sur l'hôpital de jour et sur l'unité adolescents

Ses horaires sont 9h – 12h30 ; 13h30 – 17h (3fois) 18h (2fois)

Il suit 18 patients individuellement, entre une et trois fois par semaine, selon les besoins et les possibilités (séance de 30 à 45 minutes) et anime cinq groupes : 1heure de gym, 1,5 heures de foot, 1,5 heures d'aquagym ; 1h de gym ; 1,5 heures pour le groupe ados avec le professeur de français

### **Approche qualitative de l'activité**

Tous les patients sont pris en charge sur indication médicale. (individuel et groupe)

.Les prises en charge individuelles durent entre 30 minutes et 45 minutes. Il s'agit essentiellement d'un travail de renarcisation

S'y ajoutent quelques prises en charge extra-hospitalières

Les groupes sont soit inter-unités, soit spécialisés : groupe ados, gym personnes âgées

Le service de kiné/ergo/socioéducatif est transversal à l'établissement, mais pour chaque unité, il y a un kiné et un ergo responsables, qui travaillent préférentiellement dans cette unité et qui assistent aux synthèses. La réunion des kinés a pour but de transmettre aux autres ce qui s'est dit en synthèse et les concerne.

Pour chaque patient, il est établi une fiche avec un bilan.

L'activité des kiné, ergo, psychologues et diététiciens est retranscrite sur un tableau.

### **Soins individuels**

18 patients ont bénéficié de 1 à 3 séances individuelles de 30 à 45 minutes,

Soins en groupe

Un groupe par jour : gymnastique : 1heure

Football : une heure trente

Aquagym : une heure trente

Gymnastique : une heure

Groupe ados avec le professeur de français : Une heure trente

**Réunions de soins**

Réunion de kinés : lundi 13h30 – 14h

Réunion médicale du pavillon de secteur : une heure le jeudi matin

Lundi : après midi : réunion ados

**Etablissement :**

Réunions d'accréditation à raison d'une heure par semaine, de dix heures trente à treize heures, sur janvier et février



**Annexe 2**

**CALCUL DU TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS**  
**(exemple du CHS de Ville-Evrard)**



## CALCUL DU TEMPS MEDICAL

### AUTORISES - BUDGETES 2005

STATUTS	EFFECTIF AUTORISE En ETP	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL LEGAUX (Par agent)	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (y compris temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE GARDE INTEGRES THEORIQUES	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (hors temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE REPOS DE SECURITE ou de récupération après garde	NOMBRE DE JOURS D'INTERET GENERAL	NOMBRE DE JOURS DE FORMATION	NOMBRE DE JOURS DE MALADIE	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL DISPONIBLES « AU LIT DU MALADE »			
	(a)	(b)	(c = a x b)	(d)	(e = c - d)	(f)	(g)	(h)	(i)	J = e - f - g - h - i			
<b>PH Temps Plein</b>	104,3	208	21 694	3 164		2 128	0	4 389	2224				
<b>PH temps partiel</b>	36,6	208	7 612								219		
<b>Assistants</b>	41	208	8 528										
<b>P.A.C.</b>	3	208	624										
<b>Attachés</b>	30,2	208	6 282								141		
<b>Contractuels</b>	5,2	208	1 082										
<b>TOTAL</b>	<b>220,3</b>	<b>208</b>	<b>45 822</b>	<b>3 164</b>	<b>42 658</b>	<b>2 128</b>	<b>4 389</b>	<b>2 584</b>		<b>33 557</b>			
<b>Internes</b>	22	208	4 576	1 356	3 864	912				2 308			
<b>TOTAL avec internes</b>	242,3		50 398	4 520	45 978	3 040	4 389	2 584		35 865			

(a) Effectifs autorisés

(b) Nombre de jours de travail légaux =

nombre de jours de travail annuels, tel qu'il découle d'une application théorique de la réglementation soit : 365 j - 104 j (week-end) = 261 j

- 9 j (fériés) = 252 j

- 25 j (CA) = 227 j

- 20 j (RTT) = 207 j

+ 1 j (solidarité) = 208 jours

(d) Bases

⇒ Nuit = 2 demi-journées

⇒ (365 jours x 2) = 730 demi-journées

⇒ + après-midi du samedi + dimanche = 3 demi-journées

⇒ 52 + 104 = 156 demi-journées

⇒ + 9 jours fériés = 18 demi-journées

⇒ Total = 730 + 156 + 18 = 904 demi-journées soit 452 jours

⇒ 452 j x 7 lignes de gardes = 3163 jours

(f) 1 jour de repos pour chaque garde => 365 j - 61 j (jour de repos normal du dimanche après une garde le samedi, ou garde veille de jour férié) = 304 jours

⇒ 304 x 7 lignes de garde = 2 128 jours

(g) En principe, deux demi-journées par semaine pour les PH temps plein, uniquement => 104,3 PHTP x (208 jours de travail possible : 5 jours soit 42 semaines) = 4389 jours

(h) 15 jours de formation pour les PH TP, assistants PAC => 15 jours x (104,3 + 41 + 3 médecins) = 2224 jours

6 jours pour PHtp => 36,5 médecins x 6 = 219 jours

2 à 8 jours pour les contractuels => 35,4 médecins x 4 jours (moyenne entre 2 et 8) = 141 jours

(i) Non renseigné, puisqu'il s'agit d'un tableau prévisionnel

## REELS 2005

STATUTS	EFFECTIF AUTORISE En ETP	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL LEGAUX (Par agent)	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (y compris temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE GARDE INTEGRES THEORIQUES	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (hors temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE REPOS DE SECURITE ou de récupération après garde	NOMBRE DE JOURS D'INTERET GENERAL	NOMBRE DE JOURS DE FORMATION	NOMBRE DE JOURS DE MALADIE	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL DISPONIBLES « AU LIT DU MALADE »
	(a)	(b)	(c = a x b)	(d)	(e = c - d)	(f)	(g)	(h)	(i)	(J = e - f - g - h - i)
<b>PH Temps Plein</b>	103,9	208	21 611	3 164			1638	463	451	
<b>PH temps partiel</b>	33,6	208	6 289							
<b>Assistants</b>	30	208	6 240							
<b>P.A.C.</b>	2	208	416							
<b>Attachés</b>	22,95	208	4 774							
<b>Contractuels</b>	5,2	208	1 082							
<b>TOTAL</b>	<b>197,65</b>	<b>208</b>	<b>40 412</b>	<b>3 164</b>	<b>37 248</b>	<b>2128</b>	<b>1 638</b>	<b>808</b>	<b>960</b>	<b>31 714</b>
<b>Internes</b>	45	208	4 576	1 356	3 220	912			48	2 260
<b>TOTAL avec internes</b>	242,65		50 458	4 520	40 468	3 040	1 638	808	1008	33 974

\* Sources = Bilan social 2005

(a) Effectifs réels

(b) Nombre de jours de travail légaux =

nombre de jours de travail annuels, tel qu'il découle d'une application théorique de la réglementation soit : 365 j - 104 j (week-end) = 261 j

- 9 j (fériés) = 252 j

- 25 j (CA) = 227 j

- 20 j (RTT) = 207 j

+ 1 j (solidarité) = 208 jours

(d) Jours comptabilisés au Bilan social : 2 659 pour les médecins + 1 718 astreintes + 1328 gardes d'internes. Compte tenu du degré de fiabilité relatif de ces chiffres, la mission a choisi de reprendre ceux du tableau précédent, estimant que ce qui était prévu au niveau des gardes ne pouvait qu'avoir été réalisé, ne serait-ce que pour des raisons de sécurité.

(f) 1 jour de repos pour chaque garde => 365 j - 61 j (jour de repos normal du dimanche après une garde le samedi, ou garde veille de jour férié) = 304 jours

⇒ 304 x 7 lignes de garde = 2128 jours

(g) Deux demi-journées par semaine pour 39 PH bénéficiaires => 39 médecins x (208 jours de travail possible : 5 jours soit 42 semaines) = 4389 jours

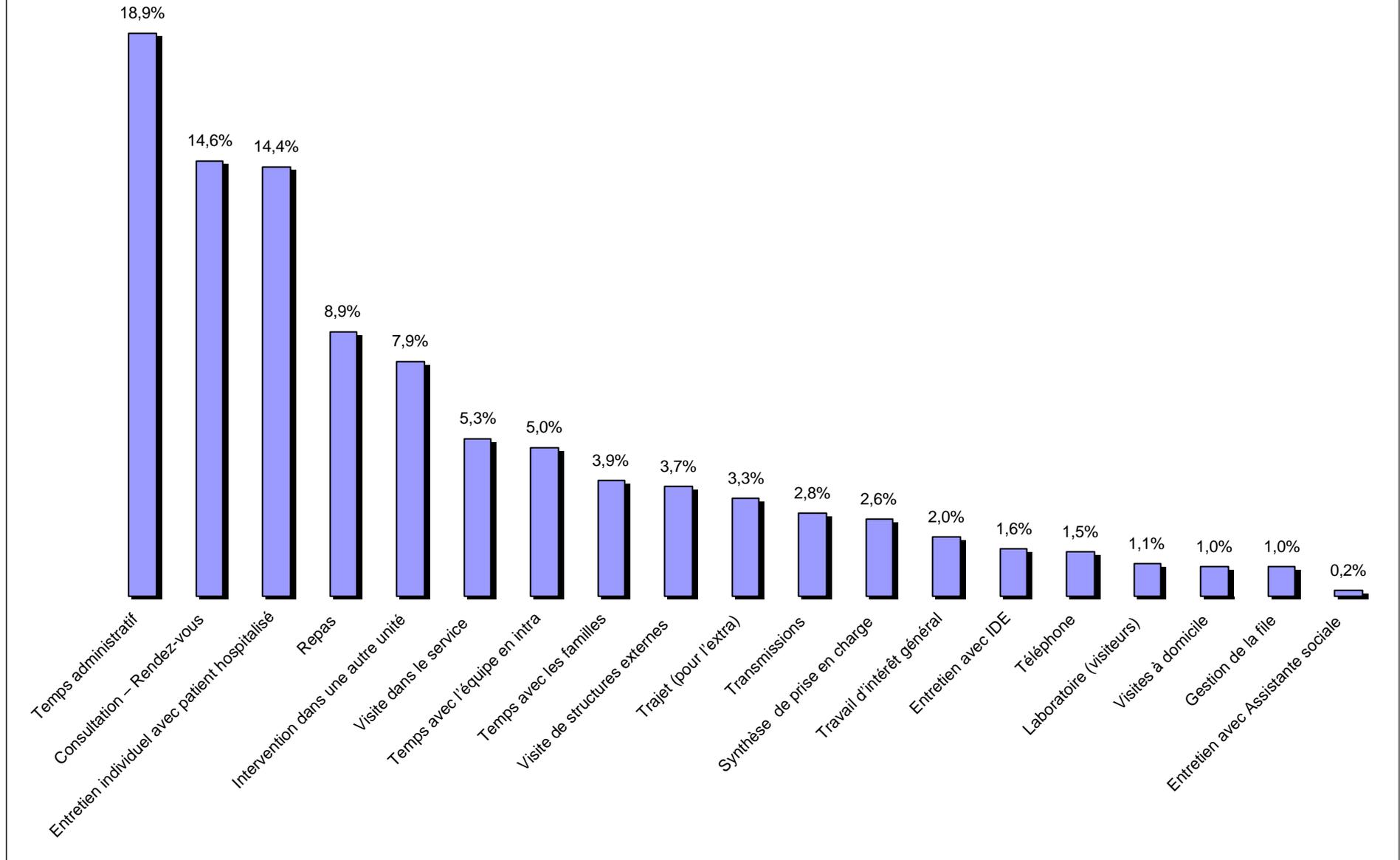
(h) Jours comptabilisés au Bilan social

(i) Jours comptabilisés au Bilan social

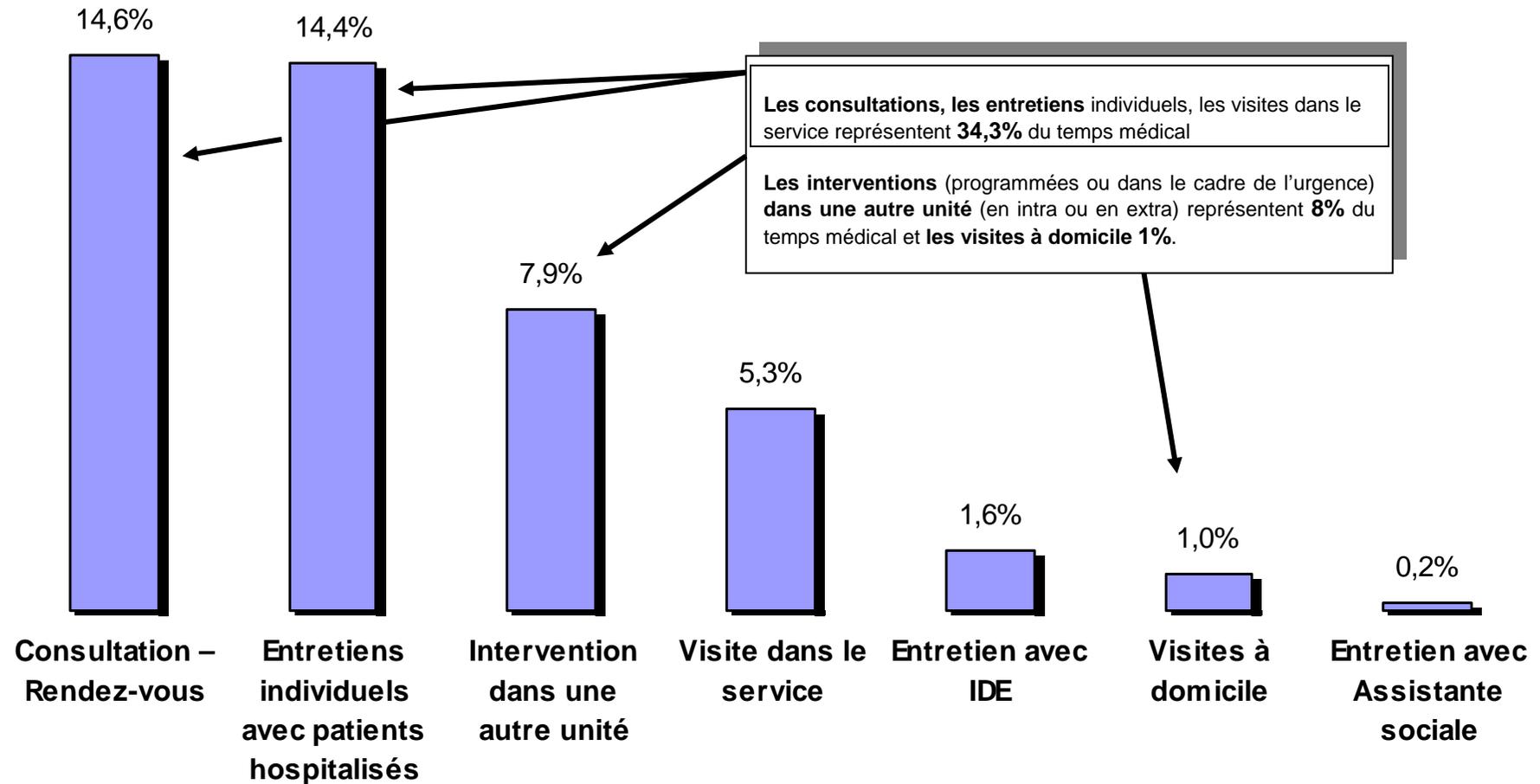
**Annexe 3**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES MEDECINS**  
**DU CHS D'EVREUX**

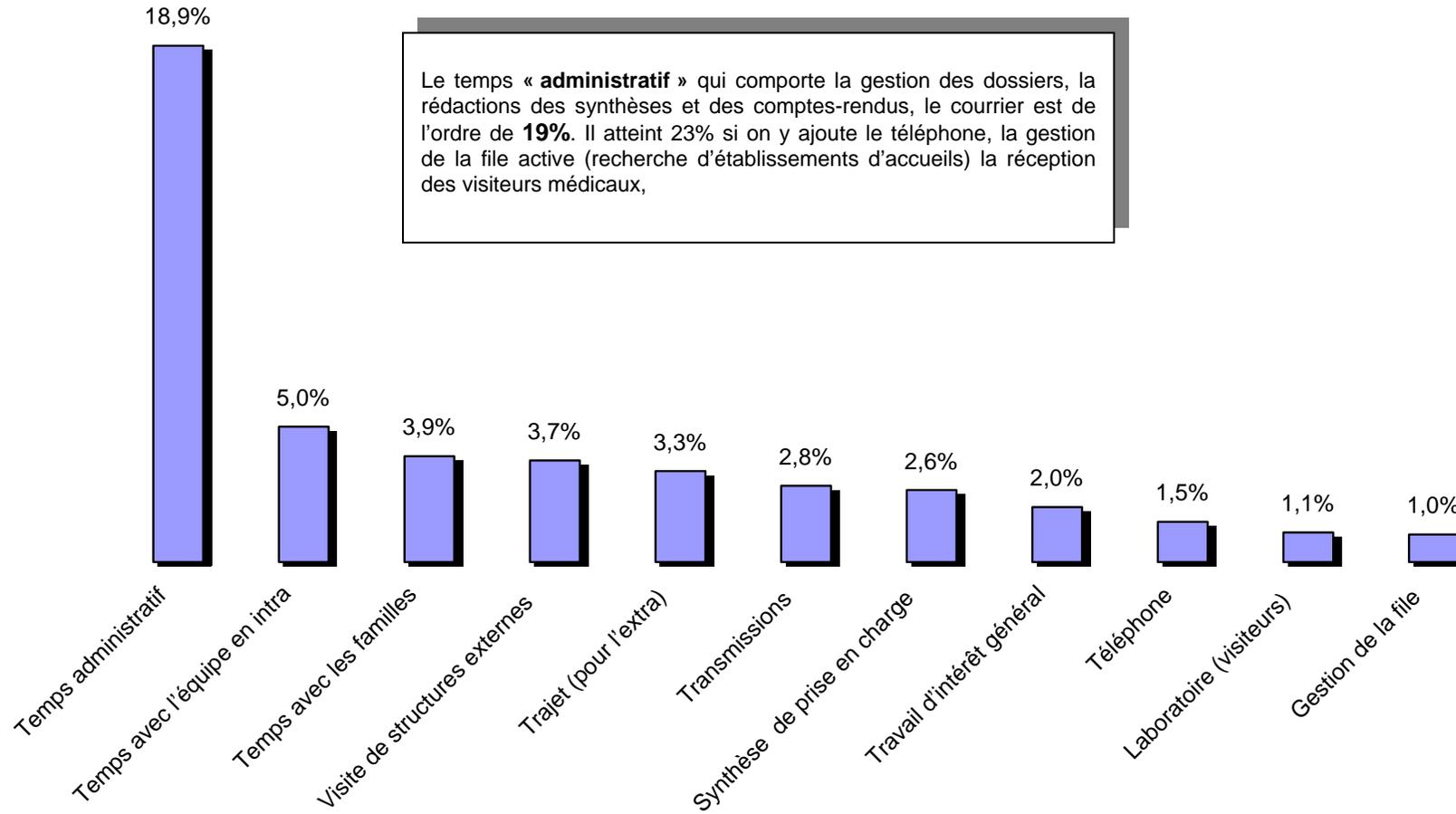


**REPARTITION DES ACTIVITES DES MEDECINS**

## REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES MEDECINS AUPRES DES PATIENTS



## REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE DES MEDECINS AUPRES DES PATIENTS

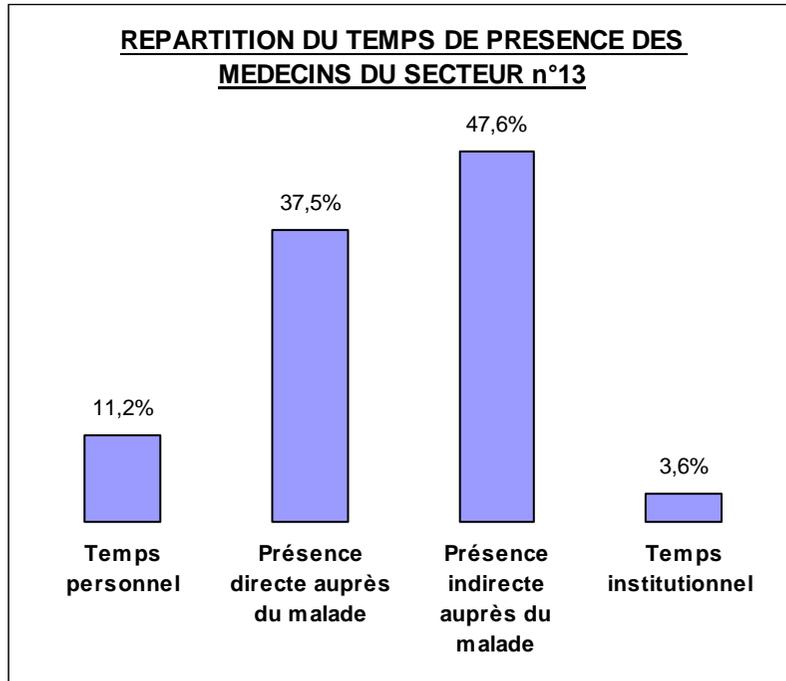




**Annexe 4**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES MEDECINS**  
**DU CHS DE VILLE-EVRARD**  
**Secteur n°13**





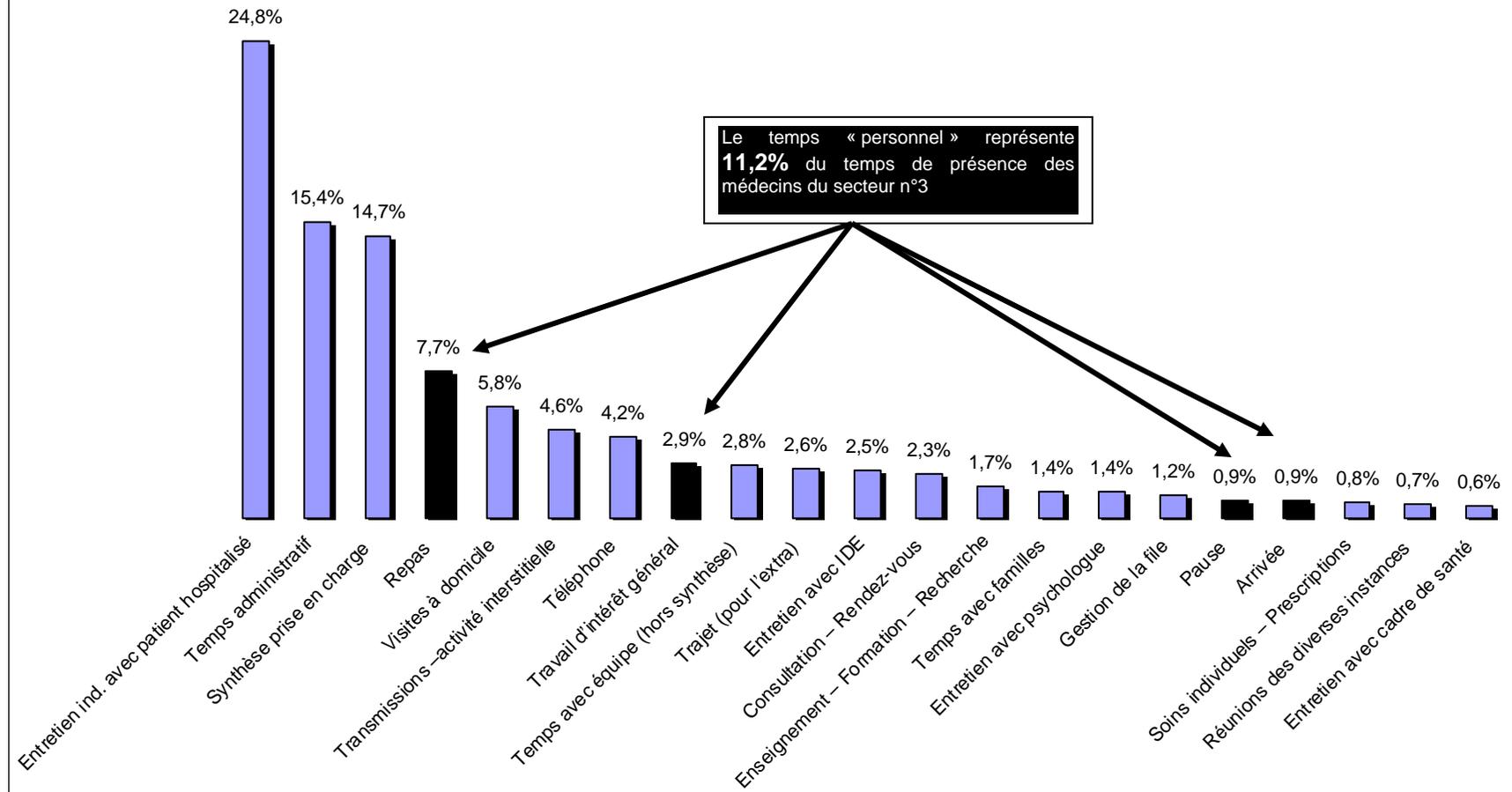
Le « **temps personnel** » est celui qui ne concerne que le médecin : en l'occurrence essentiellement le temps de repas ou de formation, qui est de l'ordre de **11,2%**.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » comprend les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques : entretiens, consultations, visites, prescription etc... Dans le cas particulier il est de l'ordre de **37,5%**.

Les temps de « **présence indirecte auprès des malades** » comprennent les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les contacts avec les familles, les temps de gestion des dossiers etc... Dans le cas particulier il est de l'ordre de **47,6%**.

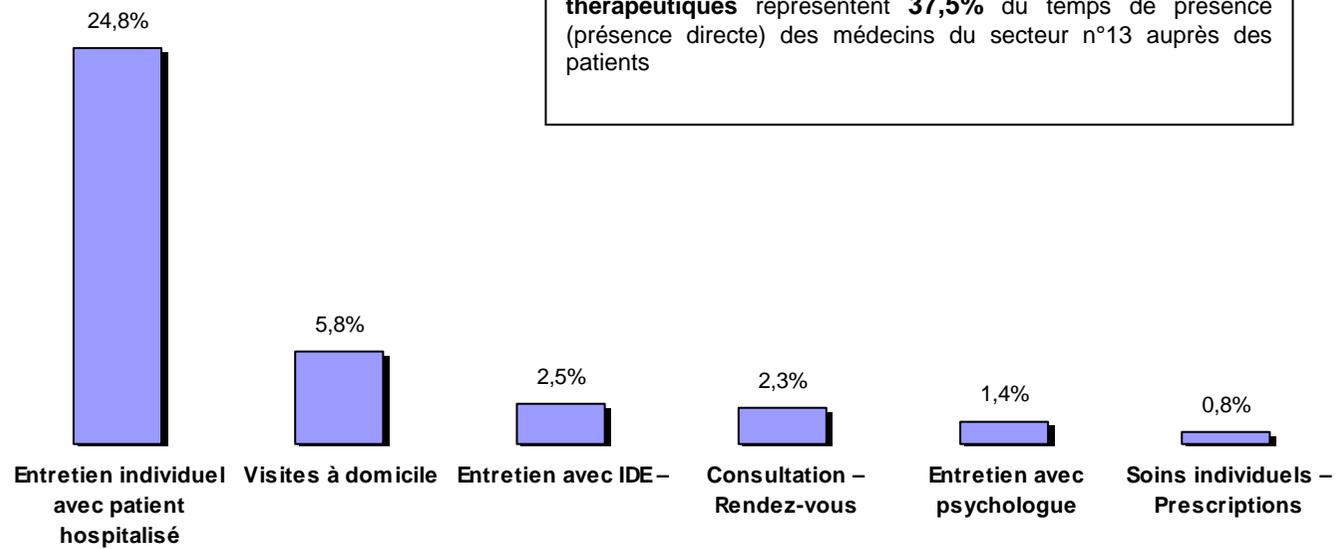
Le temps « **institutionnel** » est celui consacré à diverses réunions ou assemblées organisées pour le fonctionnement de l'institution, ou des activités d'intérêt général. Dans le cas particulier il est de l'ordre de **3,6%**.

### REPARTITION DES ACTIVITES DES MEDECINS DU SECTEUR n°13

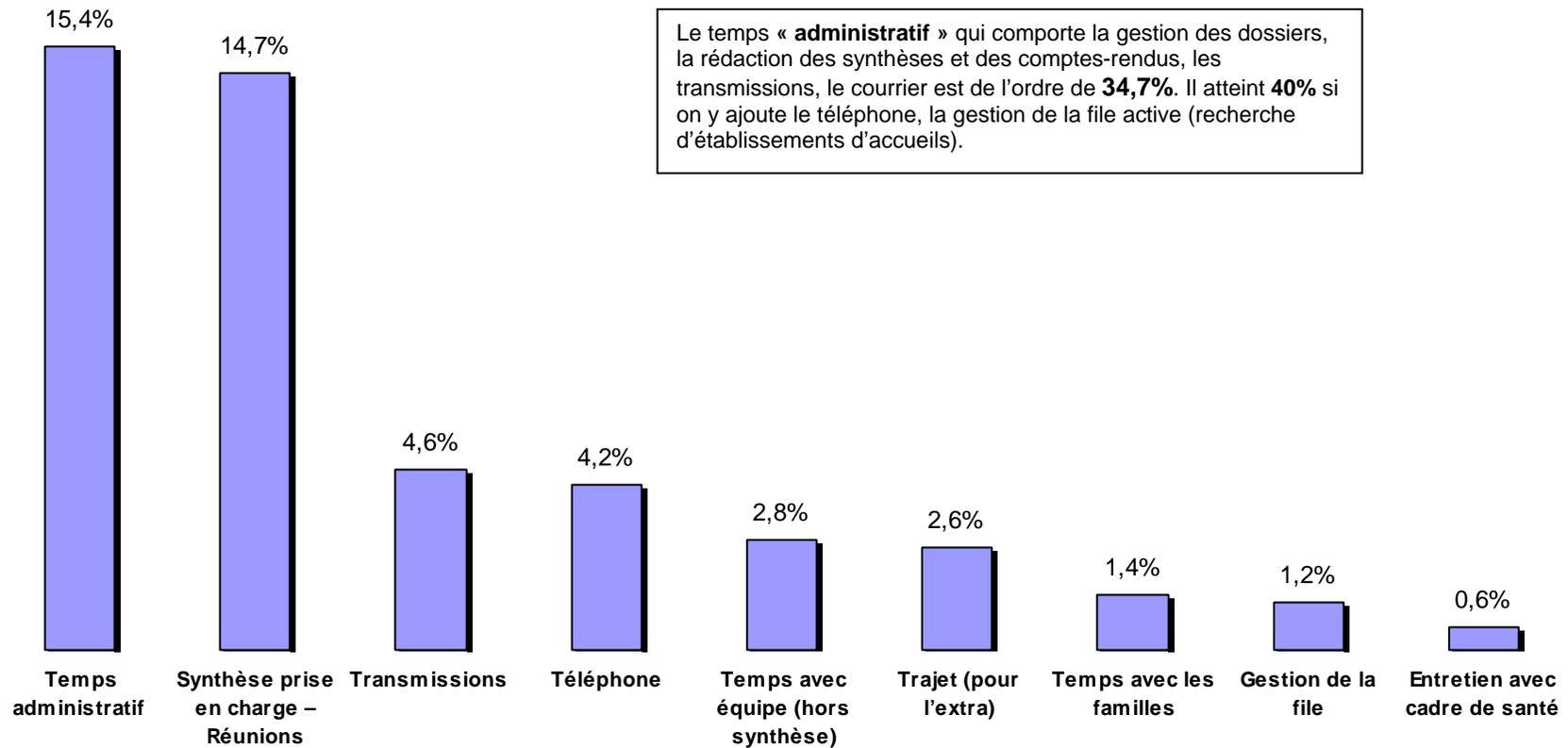


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE AUPRES DES  
PATIENTS DES MEDECINS DU SECTEUR n°13**

Les soins, les entretiens et les activités strictement thérapeutiques représentent **37,5%** du temps de présence (présence directe) des médecins du secteur n°13 auprès des patients



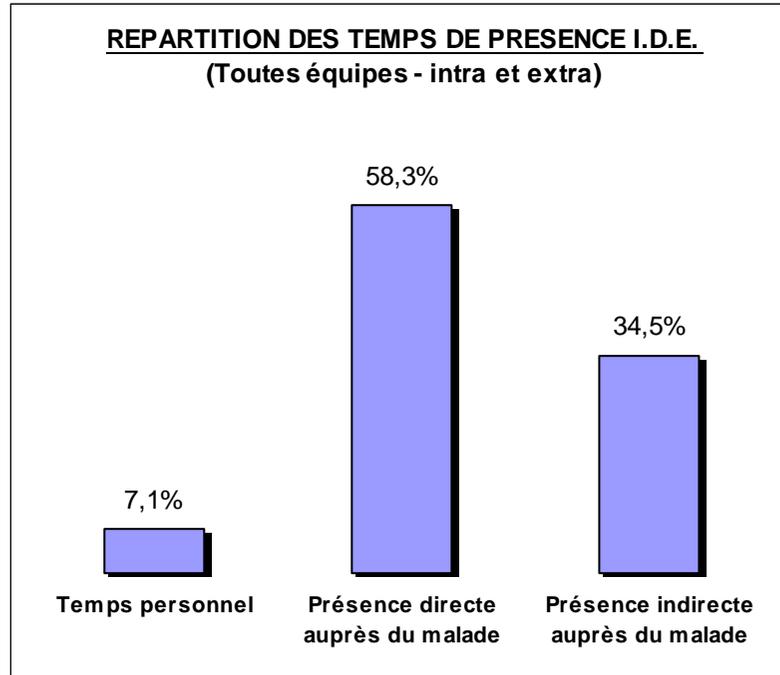
**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE AUPRES DES PATIENTS**  
**DES MEDECINS DU SECTEUR n°13**



**Annexe 5**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES INFIRMIERS**  
**DU CHS D'EVREUX**  
**(Toutes équipes – intra et extra)**





Les « IDE » sont à la fois les infirmiers diplômés d'état et les infirmiers spécialisés en psychiatrie.

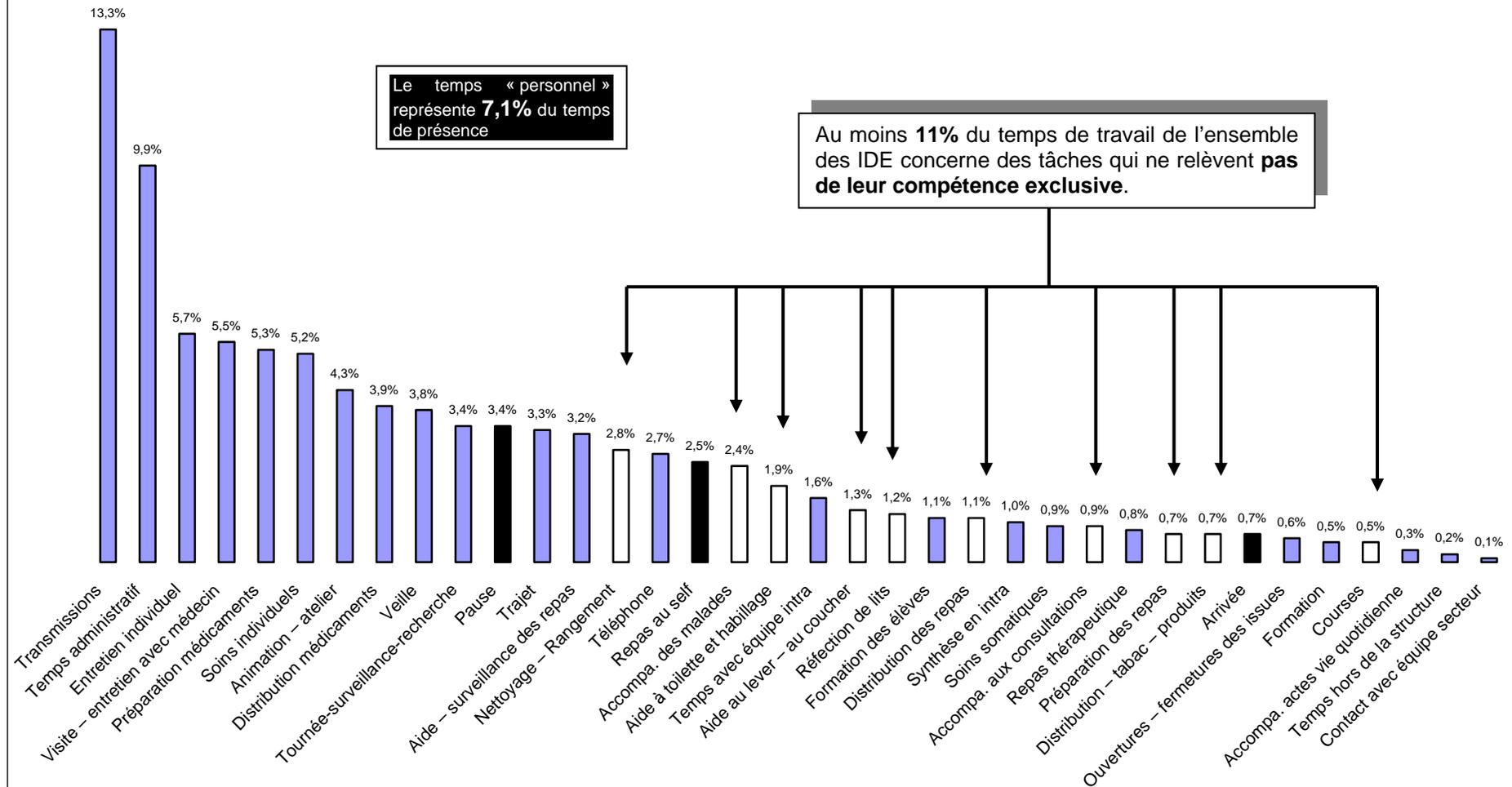
Toutes les structures (intra et extra) et toutes les équipes (jour, après-midi et nuit) ont été prises en compte.

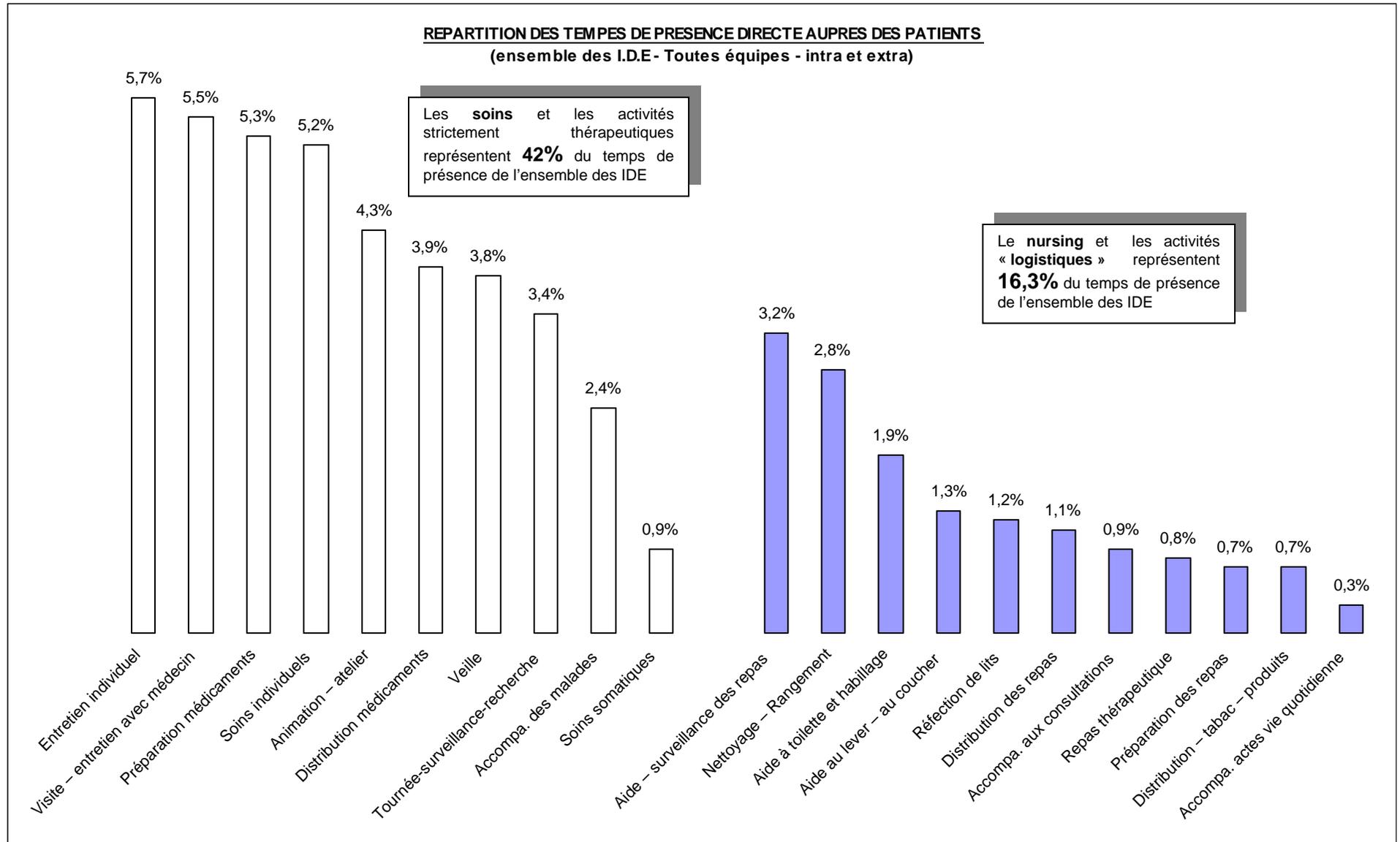
Le « **temps personnel** » est celui qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique », pause. Dans le cas particulier il est de l'ordre de **7,1%**.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » comprend à la fois les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques et ceux consacrés au nursing et aux tâches logistiques (repas, nettoyage des locaux etc...). Dans le cas particulier il est de l'ordre de **58,3%**.

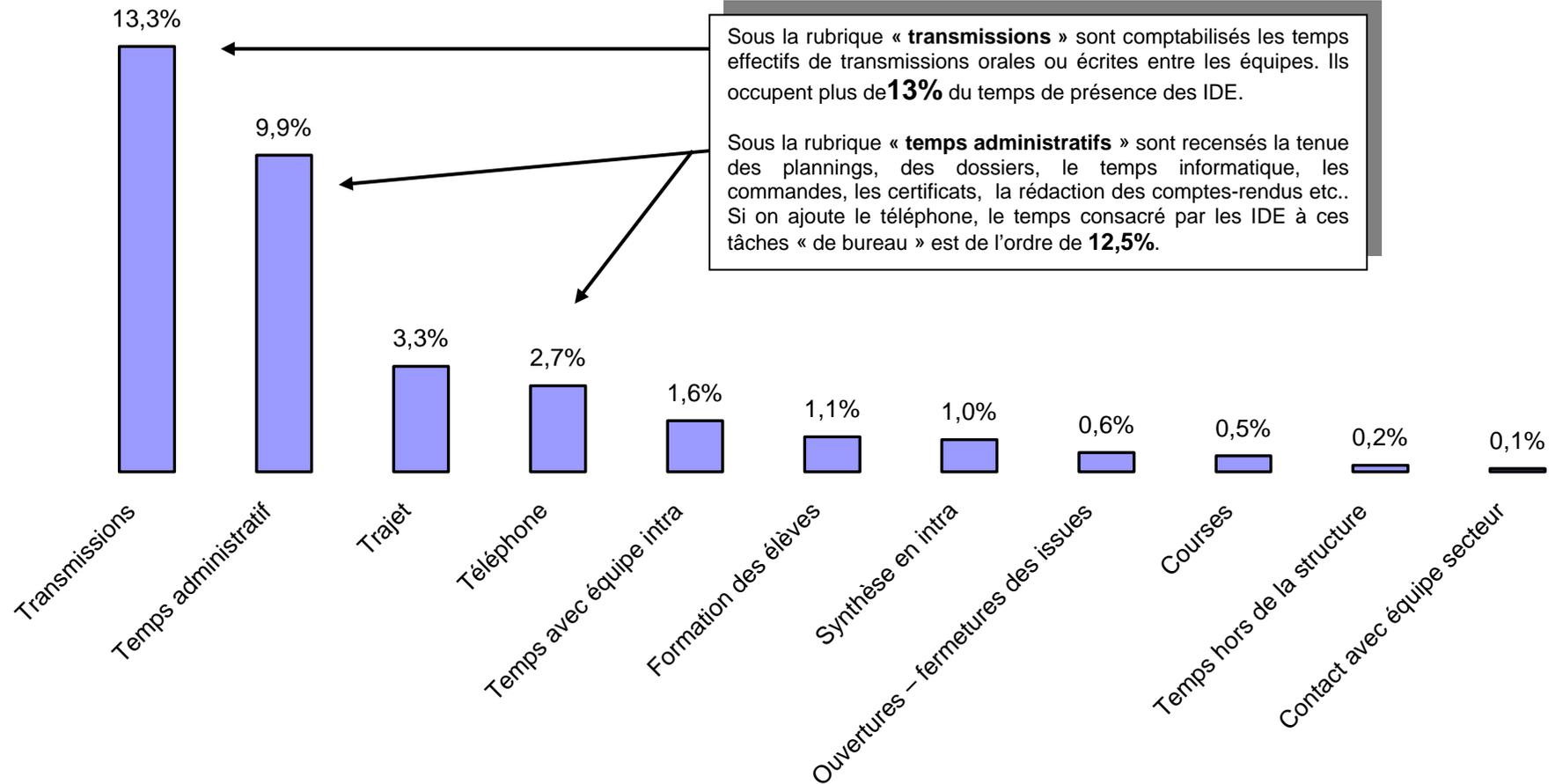
Les temps de « **présence indirecte auprès des malades** » comprend les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les contacts avec les familles, les temps de gestion des dossiers et administratifs etc... Dans le cas particulier il est de l'ordre de **34,5%**.

### REPARTITION DES ACTIVITES DE L'ENSEMBLE DES I.D.E (Toutes équipes - intra et extra)





**REPARTITION DU TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE AUPRES DES PATIENTS**  
**(Ensemble des IDE - toutes équipes - intra et extra)**



**Annexe 6**

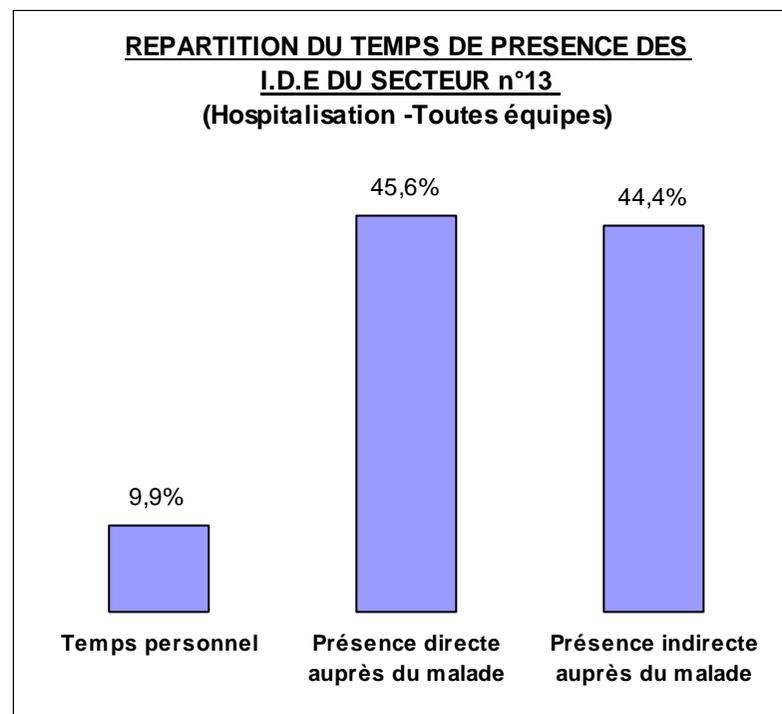
**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES INFIRMIERS**  
**DU CHS DE VILLE EVRARD**

**(Secteur n°13 – Unités d’hospitalisation et structures ambulatoires)**



## **SECTEUR n°13 : unités d'hospitalisation**

Les résultats d'ensemble sont les suivants :



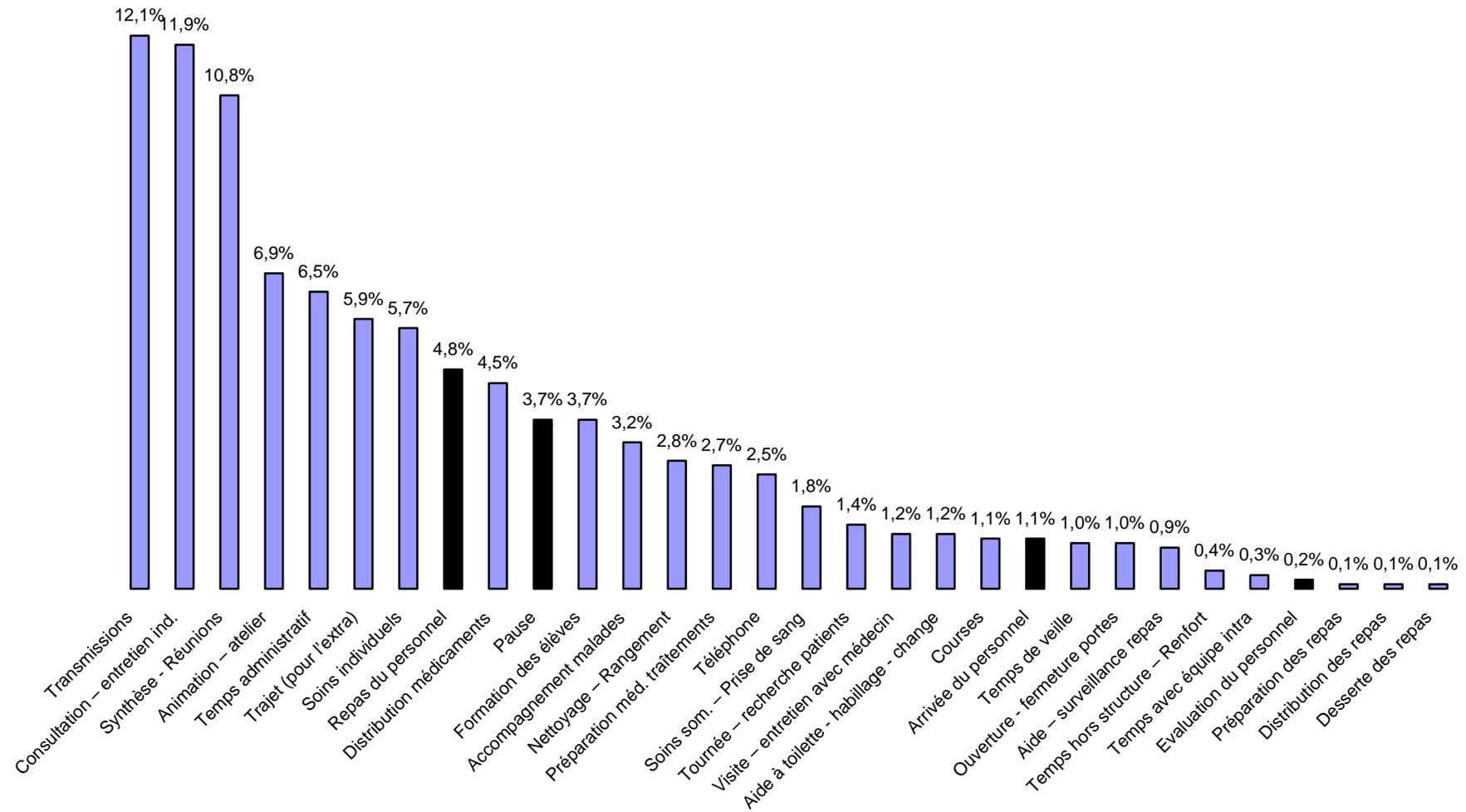
Toutes les structures d'hospitalisation et toutes les équipes (jour, après-midi et nuit) qui y travaillent ont été prises en compte.

Le « **temps personnel** » est de l'ordre de **9,9%**.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » est de l'ordre de **45,6%**.

Le temps de « **présence indirecte auprès des malades** », est presque identique au précédent : **44,4%**.

**REPARTITION DE L'ACTIVITE DES I.D.E DU SECTEUR n°13 (Hospitalisation - Toutes équipes)**



Ce relevé montre l'extrême morcellement des activités des IDE dans les services d'hospitalisation. Malgré les regroupements de données effectuées par la mission, on observe qu'il existe au moins **30 tâches** de nature différentes

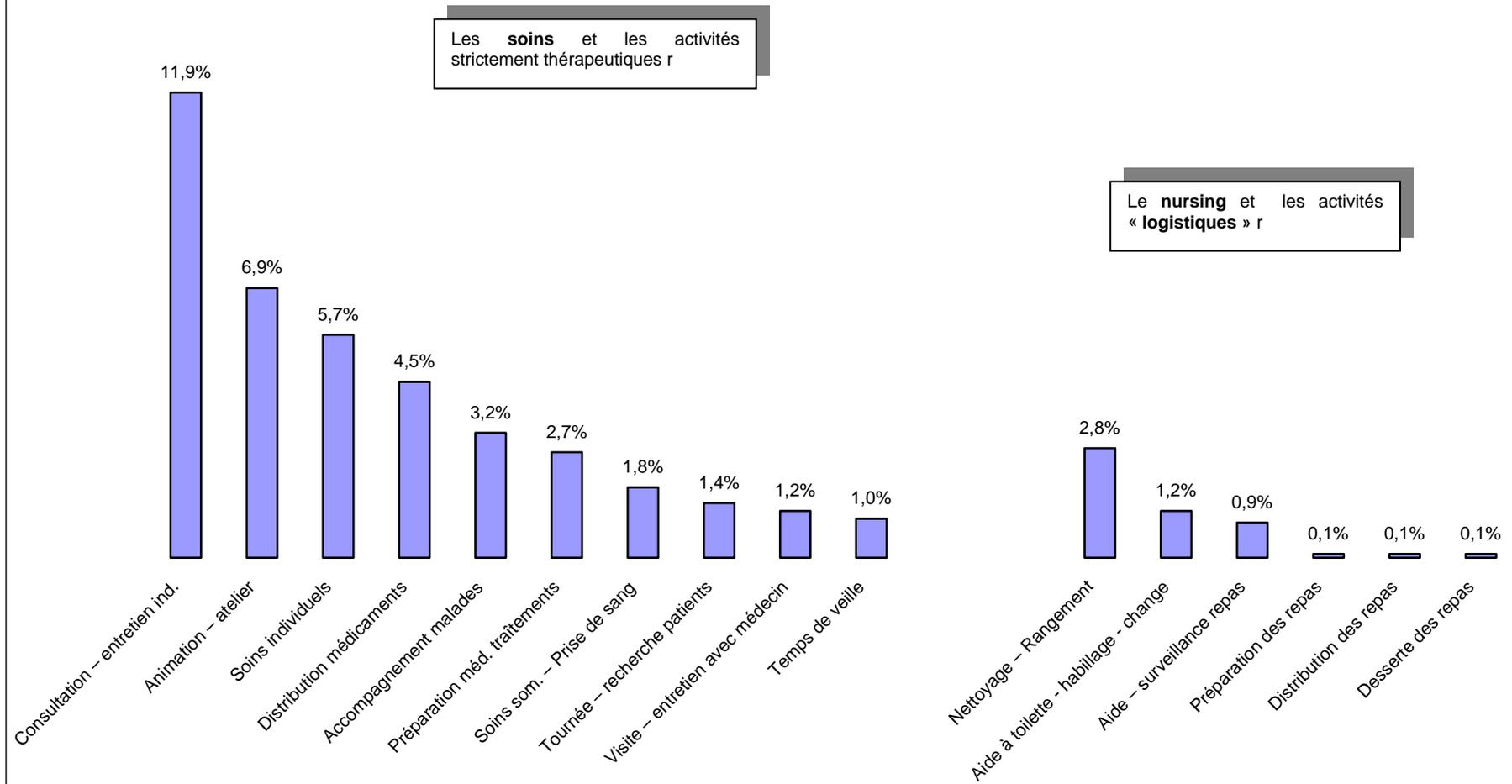
**Le temps « personnel »** qui représente 9,9% du temps de présence total des IDE se décompose en :

- 4,8 % pour les repas (pris en dehors de la présence des malades),
- 3,7 % pour les pauses,
- 1,1 % pour les prises ou les départs de fonction (habillage),
- 0,2% pour l'évaluation des agents ou leur formation personnelle.

Au moins **9 %** du temps de travail de l'ensemble des IDE concerne des tâches qui ne relèvent **pas de leur compétence exclusive**, parmi lesquelles :

- 0,1% pour la préparation des repas,
- 0,1% pour la distribution des repas,
- 0,1% pour la desserte des repas,
- 0,9% pour l'aide et la surveillance des repas,
- 1% pour l'ouverture et la fermeture des portes,
- 1,1% pour les courses à l'extérieur (par exemple pour aller porter des examens au laboratoire),
- 1,2% pour l'aide à la toilette, à l'habillage ou les changes,
- 1,4% pour les tournées de surveillance ou la recherche de patients
- 2,8% pour le nettoyage ou le rangement.

**REPARTITION DU TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E DU SECTEUR n°13 AUPRES DES PATIENTS (Hospitalisation - toutes équipes)**



Parmi les temps de présence directe des IDE auprès de patients, la mission a distingué :

- Les **soins** et les activités strictement thérapeutiques :

Ces activités représentent **39,8%** du temps de présence de l'ensemble des IDE.

Pratiquement 12% du temps des IDE est consacré aux entretiens infirmiers (formalisés ou non) 7% à l'animation et aux ateliers et 6% aux soins individuels, c'est-à-dire à la prise en charge individuelle d'un malade. Les temps consacrés aux soins somatiques et notamment aux prises de sang représentent environ 2%.

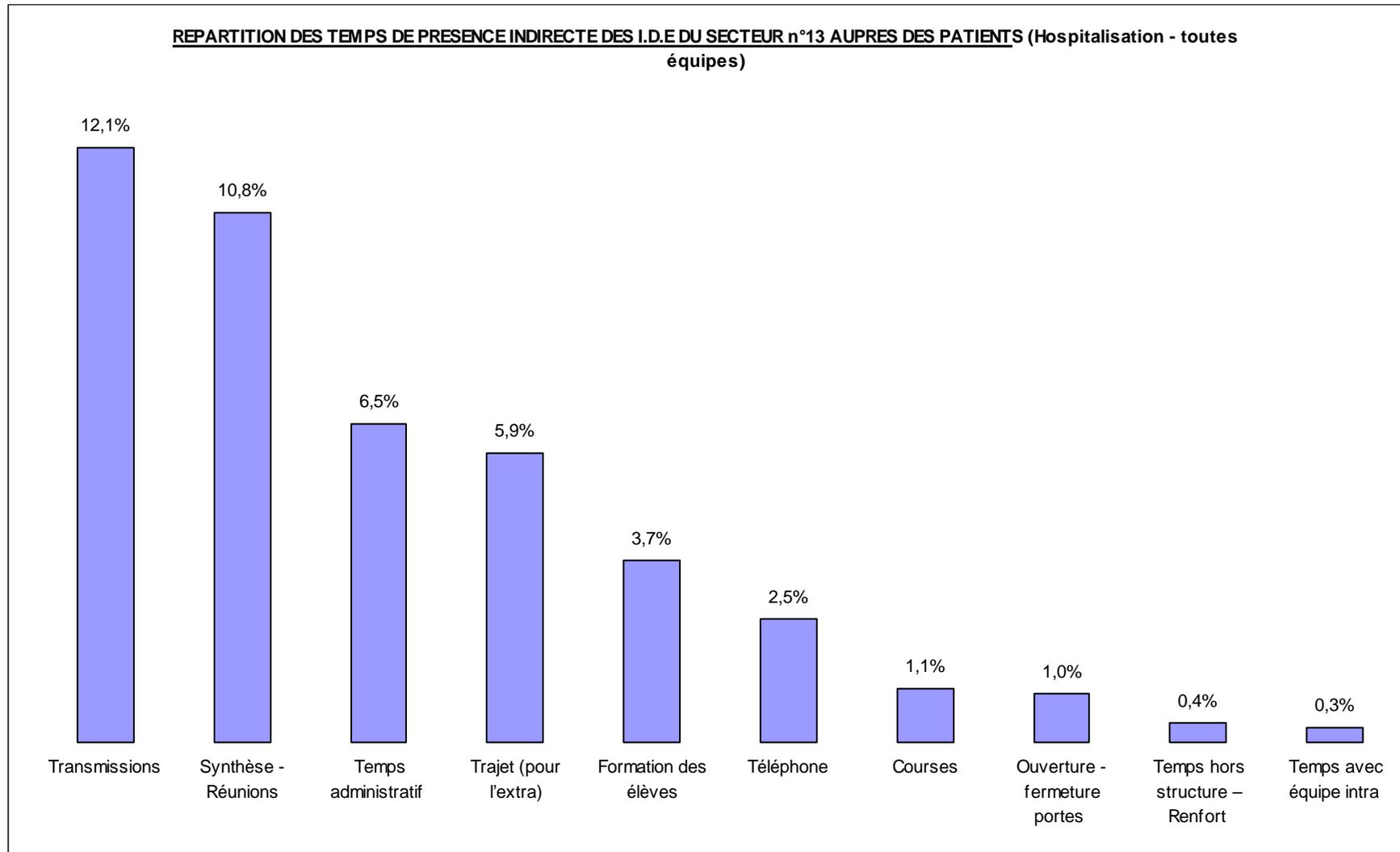
L'ensemble préparation et distribution des traitements et des médicaments occupent un peu plus de 7% du temps.

Dans cette catégorie d'activités la mission a également classé l'activité de nuit qui comporte les tournées de surveillance et les temps appelés de « veille », c'est-à-dire les temps d'attente entre deux tournées. Rapportés, comme c'est le cas, au temps total des IDE toutes équipes confondues, c'est temps apparaissent comme marginaux : entre 1 et 1,5%.

- Le **nursing** et les activités « **logistiques** » représentent **5,3%** du temps de présence de l'ensemble des IDE

En opposition à ce qui est ressenti, les temps autres que ceux consacrés aux soins, mais qui sont néanmoins en relation directe avec le malade, sont relativement réduits.

Ils paraissent représenter plutôt plus des temps où les IDE apportent une aide ponctuelle aux autres personnels et apportent une contribution au travail de l'ensemble de l'équipe



Les temps de présence indirecte auprès des malades sont importants en volume.

Sous la rubrique « **transmissions** » sont comptabilisés les temps effectifs de transmissions orales ou écrites entre les équipes. Ils occupent plus de **12%** du temps de présence des IDE.

Les temps de « **synthèse et de réunions** » occupent **11%** du total.

C'est donc un tiers du temps des IDE qui est consacré à des échanges entre professionnels

Sous la rubrique « **temps administratifs** » sont recensés la tenue des plannings, des dossiers, le temps informatique, les commandes, les certificats, la rédaction des comptes-rendus etc.. Si on ajoute le téléphone, le temps consacré par les IDE à ces tâches « de bureau » est de l'ordre de **9%**.

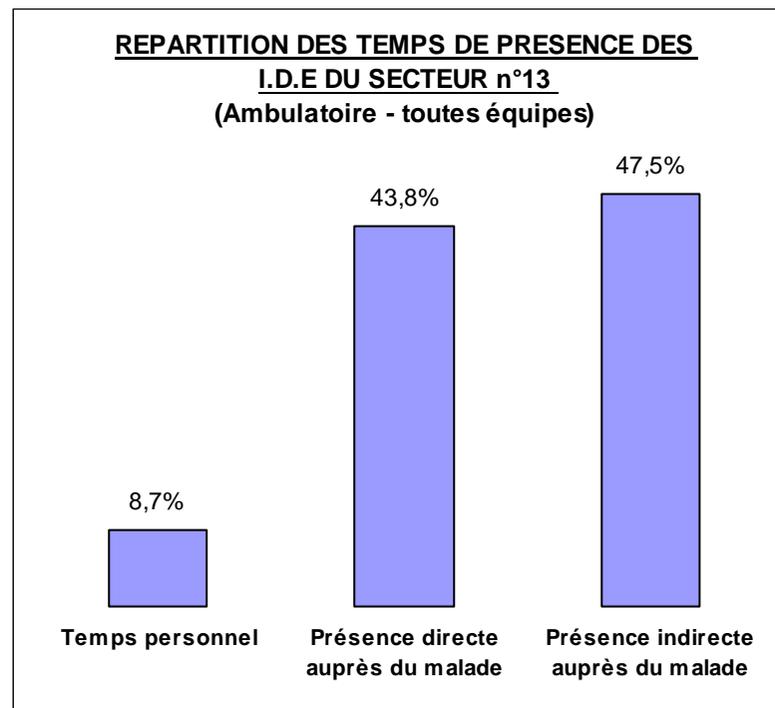
Le temps consacré à la **formation des élèves** et des stagiaires, de l'ordre de **4%**.

**Les temps de trajet** sont d'environ 6%.

Environ 2% du temps des IDE est utilisé pour l'ouverture et la fermeture des portes ou pour aller faire des « courses » à l'intérieur de l'établissement (en situation d'urgence vraisemblablement), ce qui ne correspond pas exactement à leur niveau de qualification.

**SECTEUR n°13 : unités ambulatoires**

Les résultats d'ensemble pour les « IDE » des unités ambulatoires du secteur n°13 sont les suivants



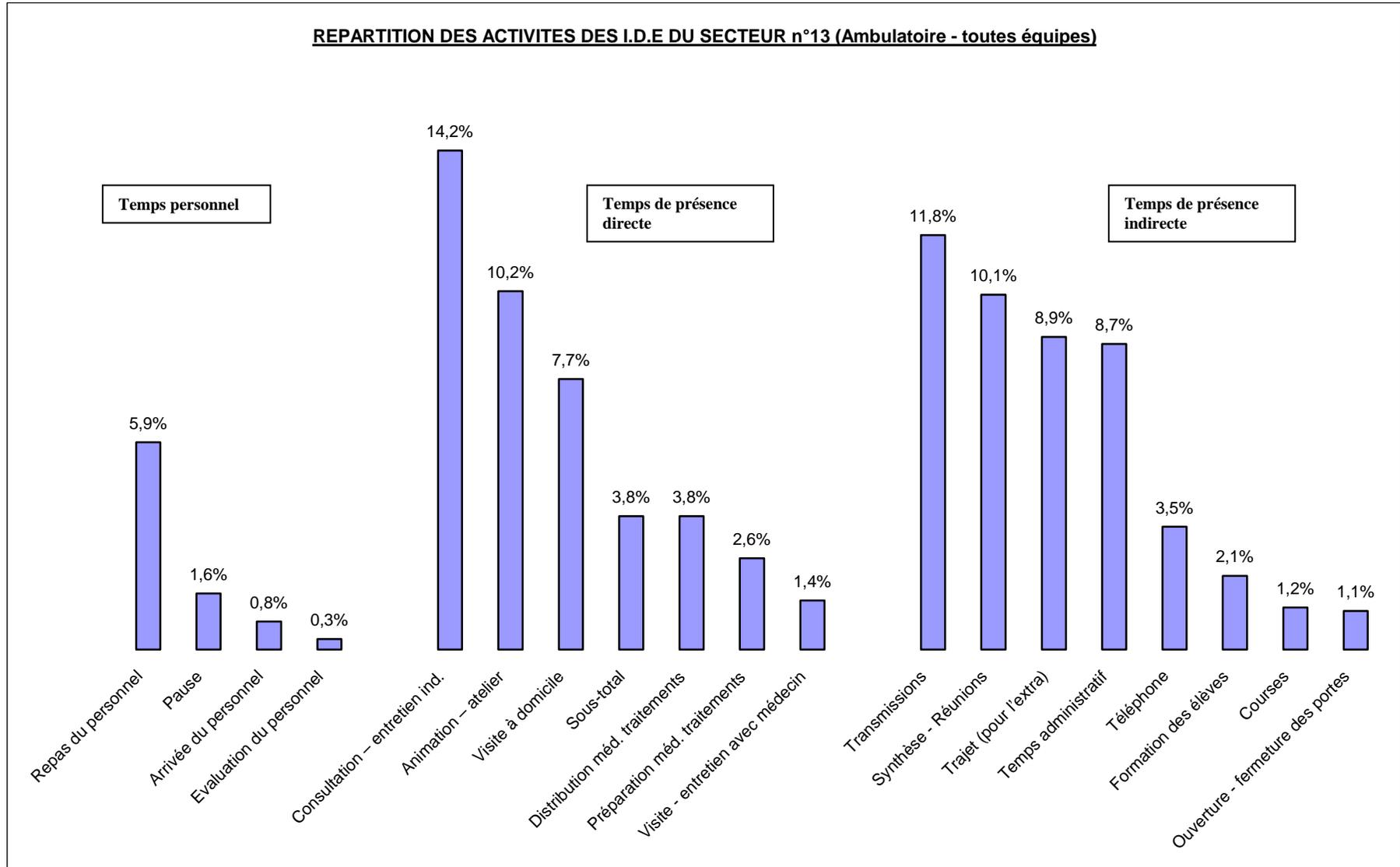
Le « **temps personnel** » est de l'ordre de **8,7%**, légèrement inférieur à celui constaté pour le secteur hospitalisation.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » est d'environ **43,8%**.

Le temps de « **présence indirecte auprès des malades** » représente **47,5%**.

La répartition est donc à l'inverse de ce que l'on constate pour l'hospitalisation et l'écart plus important entre les deux catégories de temps de présence.

**REPARTITION DES ACTIVITES DES I.D.E DU SECTEUR n°13 (Ambulatoire - toutes équipes)**



Globalement on observe que l'activité des IDE en unités ambulatoire est moins morcelée que dans les services d'hospitalisation.

- Le « **temps personnel** » occupe **8,7%** du temps.

On remarque que les temps consacrés aux repas sont relativement conséquents (6%), mais que ceux des pauses sont deux fois moins importants qu'en hospitalisation.

- Le « **temps de présence directe** » auprès des malades ne représente que **44%** du temps global

Les entretiens infirmiers ou individuels (14, 2%) et l'animation des ateliers (10,2%) correspondent à un quart de l'activité

Les entretiens avec les médecins occupent un temps marginal (1,4%)

La préparation (2,6%) et la distribution (3,8%) des médicaments et des traitements occupent environ 6,6% du temps, soit un peu moins que les visites et soins à domiciles (7,7%).

Le nettoyage est le rangement prennent environ 4% du temps.

- Les « **temps de présence indirecte** » auprès des malades représente **47,5%** du temps

Dans les structures ambulatoires les temps de trajet ne sont évidemment pas négligeables : ils sont de l'ordre de 9%

Les temps de communication entre professionnels occupent plus de 20% du temps (transmissions : 11,8%, réunions synthèses 10,1%).

Le temps administratif est de l'ordre de 12% si on cumule ce temps proprement (8,7%) et le passé au téléphone (3,5%).

Le temps consacré aux élèves et aux stagiaires est d'environ 3%. Celui des courses (1,2%) et des ouvertures et fermetures de portes (1,1%) sont marginaux.

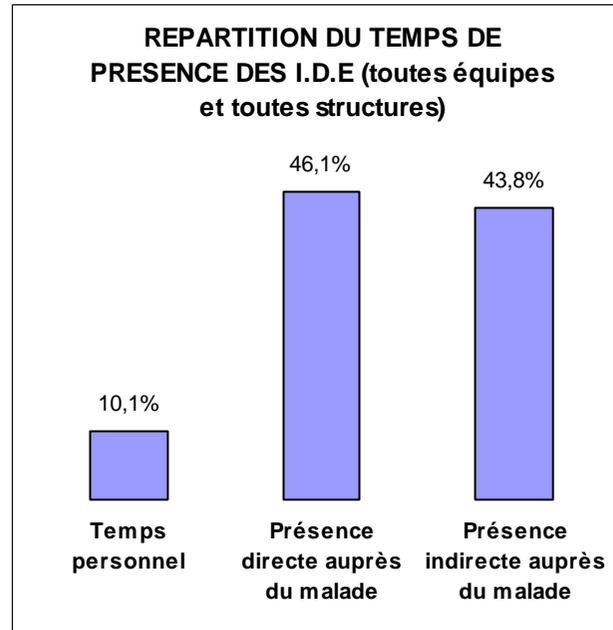
**Annexe 7**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES INFIRMIERS**  
**DE L'INSTITUT MARCEL RIVIERE**

**(Secteur n° 78G15 – Toutes équipes intra et extra – Hospitalisation – Ambulatoire)**



**ENSEMBLE DES I.D.E (Intra et extra)**



Par « ensemble des IDE » il convient d'entendre : tous les agents de cette catégorie, présents le jour de l'enquête, quelle que soit l'équipe (jour, après-midi<sup>1</sup>) ou le lieu de travail (hospitalisation, CMP, hôpital de jour). L'intérêt de ce regroupement est de mesurer comment se répartit l'ensemble du « temps infirmier » tous types de prises en charges confondus.

Dans le cas particulier de l'IMR, le temps personnel<sup>2</sup> des IDE est de l'ordre de 10%, le temps de présence directe auprès du malade d'environ 46% et le temps de présence indirecte de 44%.

<sup>1</sup> Exceptionnellement « l'équipe de nuit » n'a pas été prise en compte, celle-ci ne comportant qu'une personne

<sup>2</sup> Les définitions « temps personnel », « présence directe auprès du malade », « présence indirecte auprès du malade » sont identiques à celles mentionnées au § 312.

Le graphique suivant montre l'extrême morcellement des activités des IDE (une trentaine) et le fait que ce sont les entretiens individuels, les réunions (synthèses, discussions informelles, réunions programmées) et les transmissions qui priment (plus du tiers du temps).

Le temps de présence directe auprès du malade (Cf. graphique ci-après) a été scindé en deux parties :

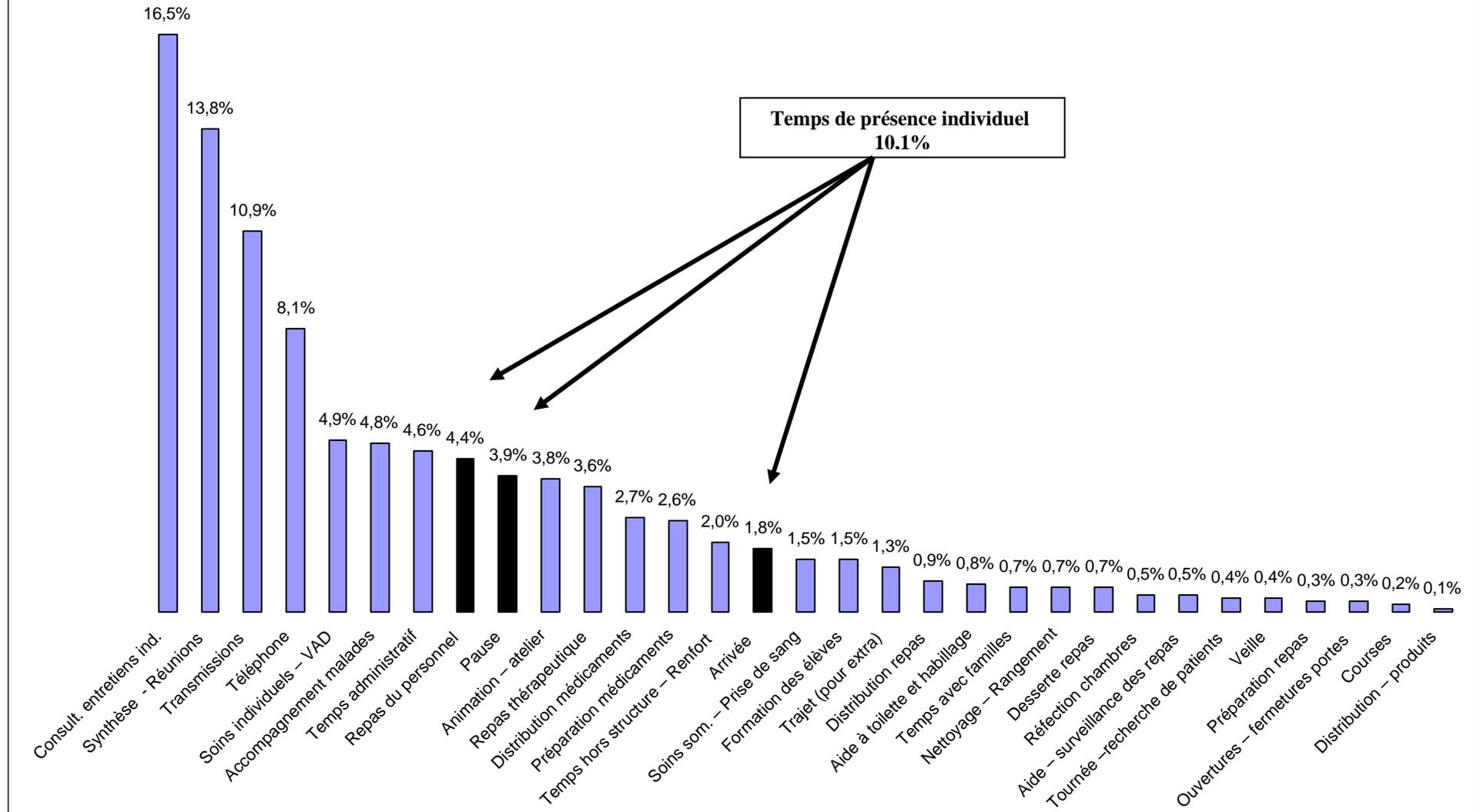
- le temps utilisé pour les activités de soins (ou thérapeutiques) proprement dites. On constate qu'en dehors du temps consacré aux entretiens, celui qui est employé pour la préparation et la distribution des médicaments et des traitements est de l'ordre de 5%. Un temps identique sert également à être utilisé pour les soins individuels et les visites à domicile, ou pour les soins somatiques, ou pour l'accompagnement des malades. Les animations et les ateliers prennent 4% du temps. Les prises de sang, de même que les temps de surveillance représentent un temps marginal inférieur à 1,5% ;
- le temps utilisé pour les activités de nursing ou logistiques. On observe que, pour les IDE de l'IMR ce temps est relativement restreint (environ 8% du temps total) la moitié étant consacrée aux repas thérapeutiques.

Le temps de présence indirecte auprès du malade représente 43% du temps total. (Cf. graphique ci-après).

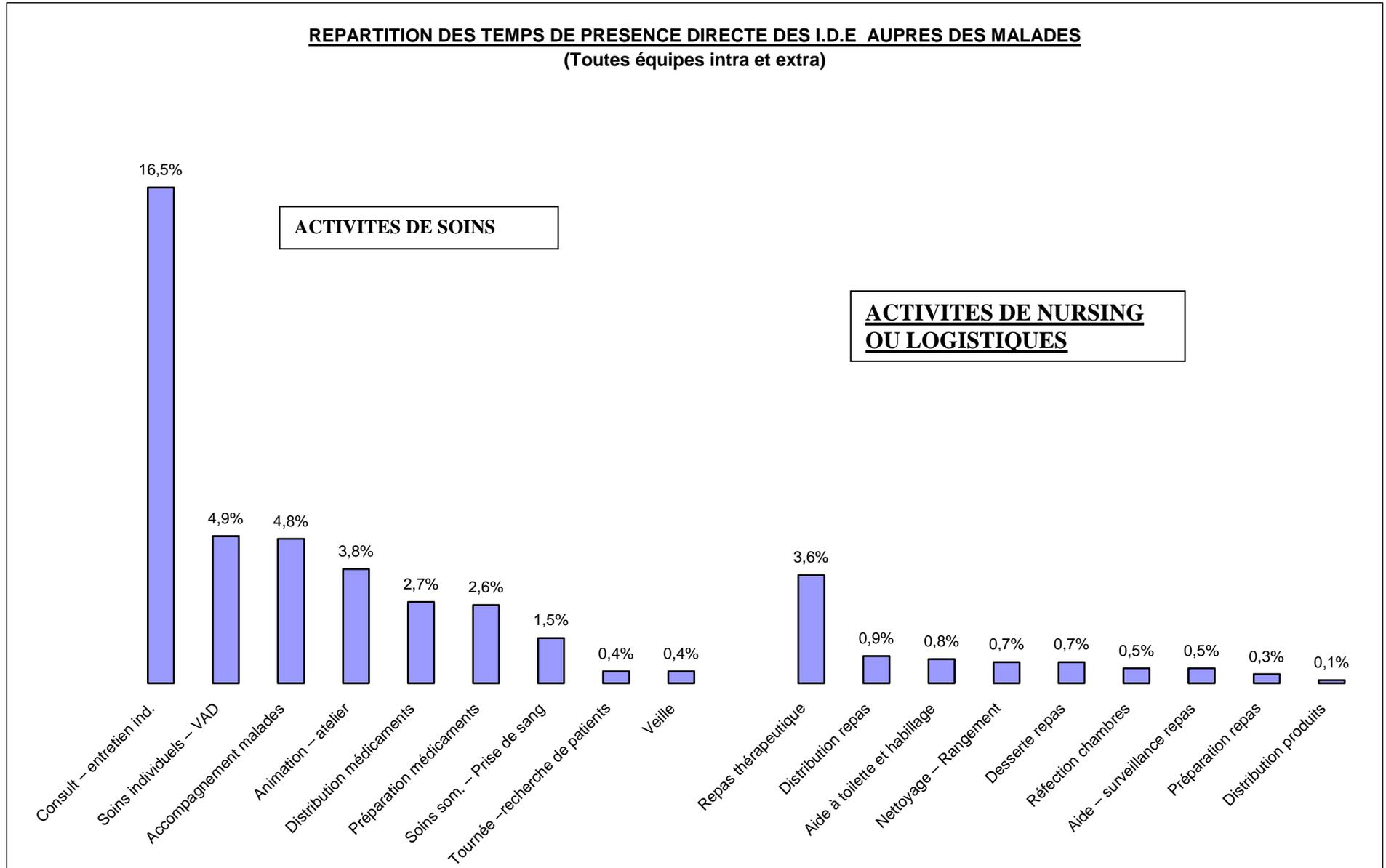
Les transmissions et les synthèses occupent un quart du temps. Les tâches administratives et le téléphone réunis obèrent 13% du temps. Chacune des autres activités ne dépasse pas 2%.

Si globalement le temps téléphonique est de l'ordre de 8% il convient de remarquer qu'il correspond en réalité à un nombre important d'appels, parfois de courte durée, qui « perturbent » le déroulement de la journée de travail.

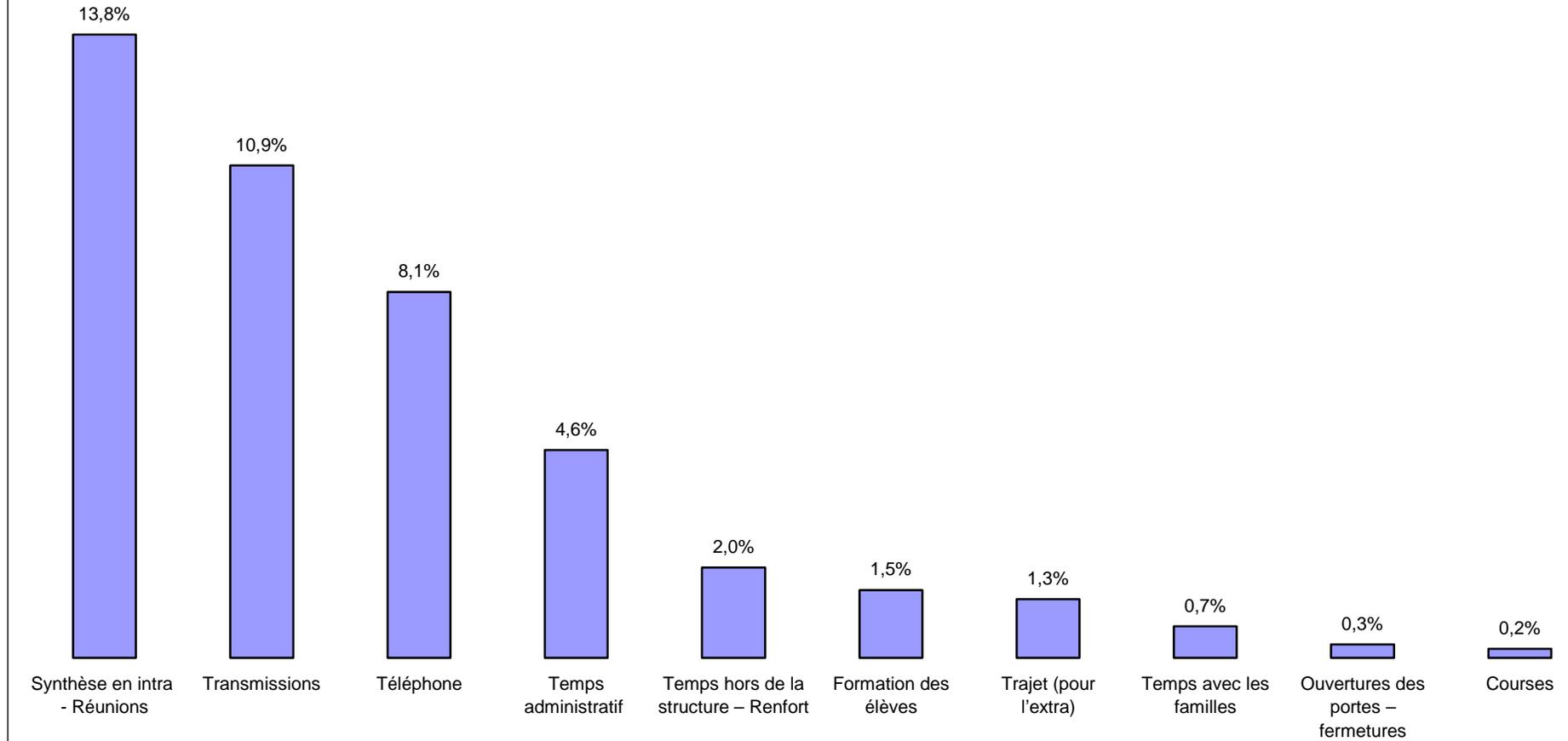
### REPARTITION DES ACTIVITES DES I.D.E. (Toutes équipes intra et extra)

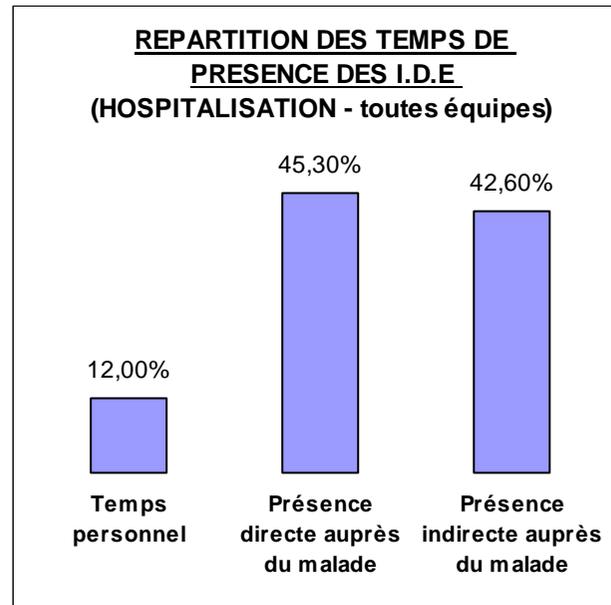


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
(Toutes équipes intra et extra)

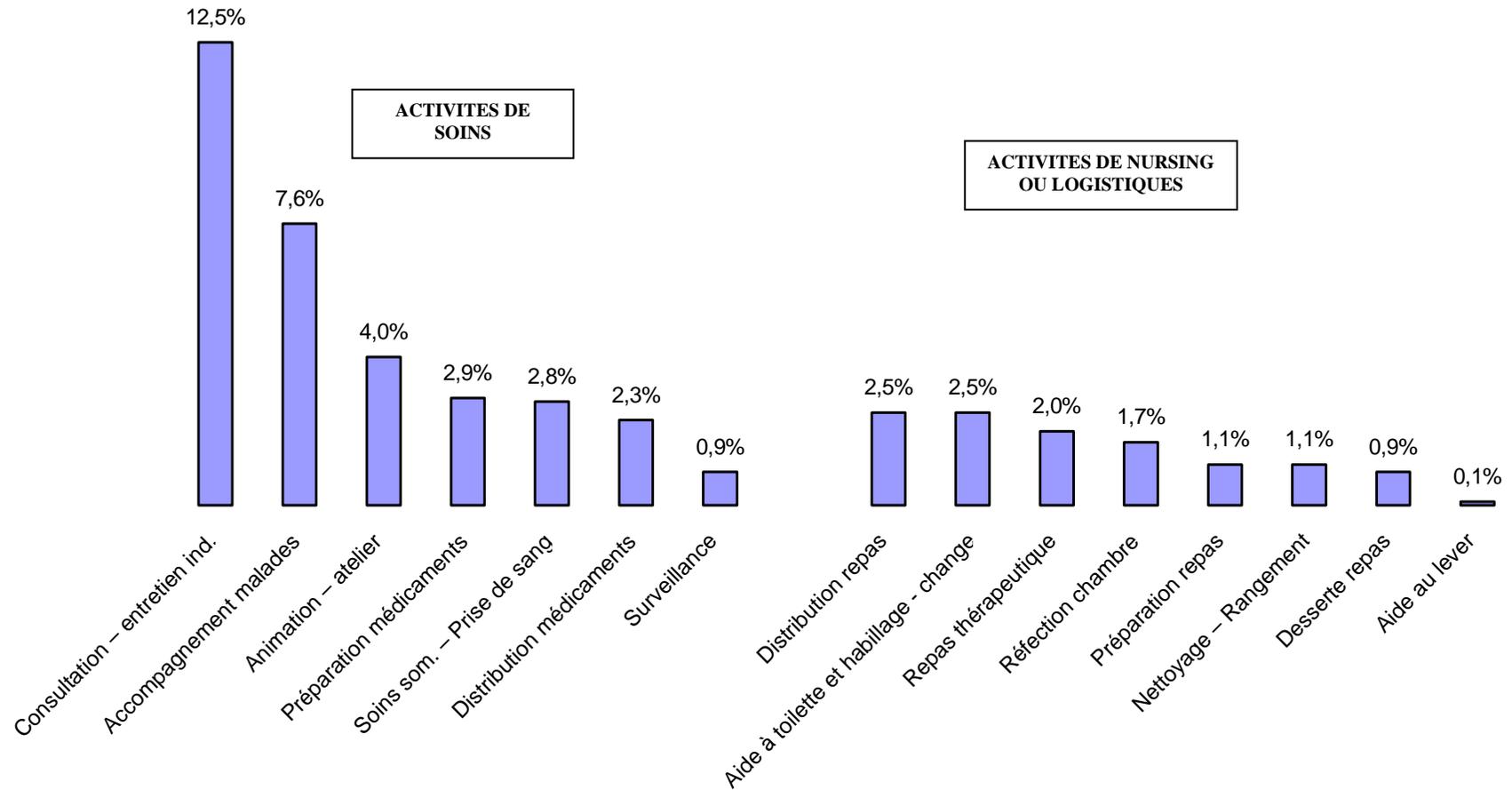


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
(Toutes équipes intra et extra)

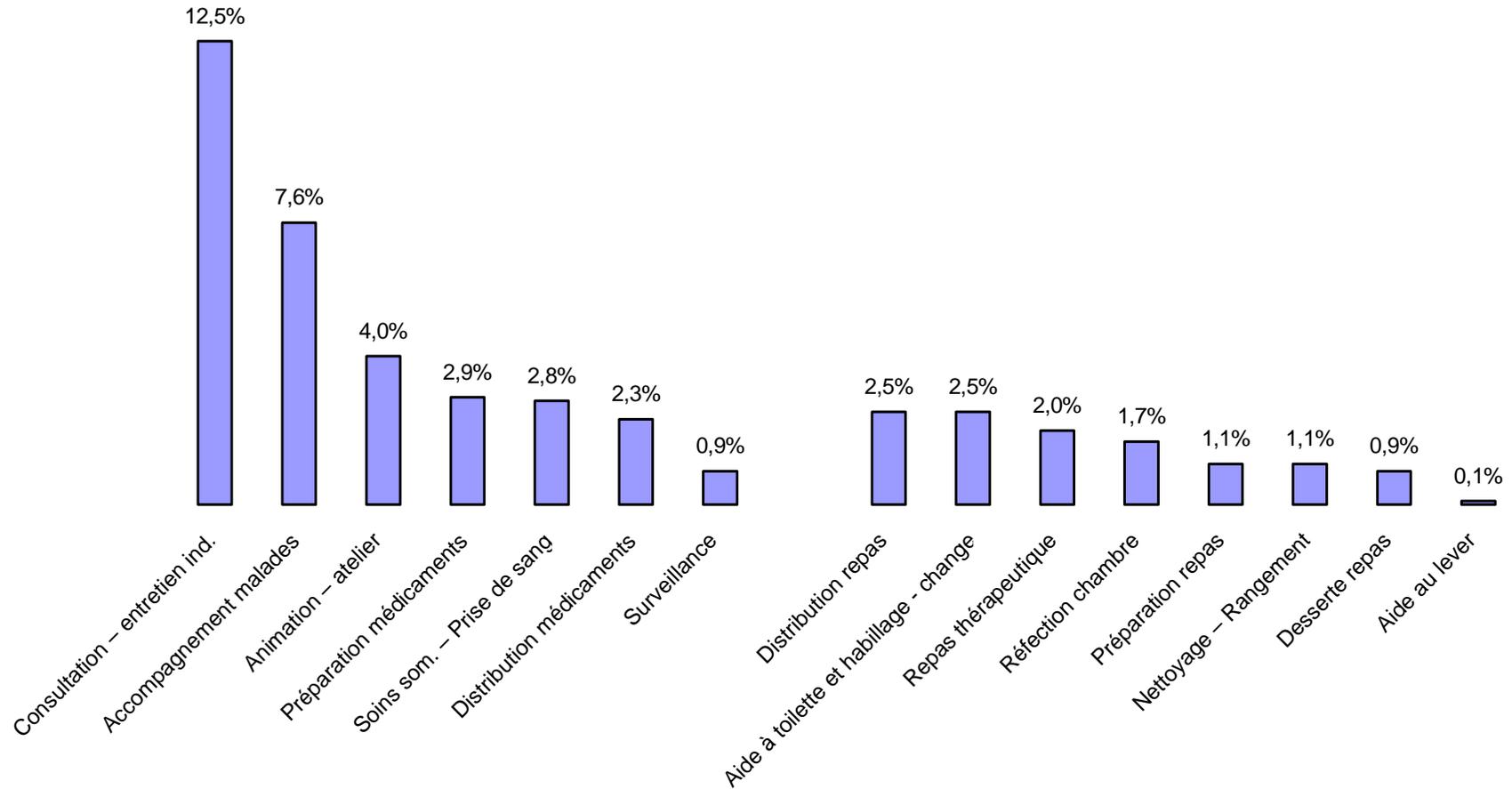


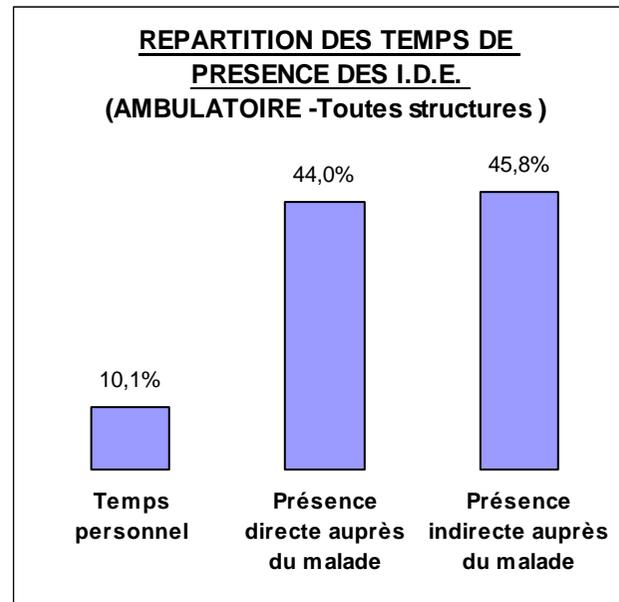
**UNITES D'HOSPITALISATION**

**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
**(HOSPITALISATION - toutes équipes)**

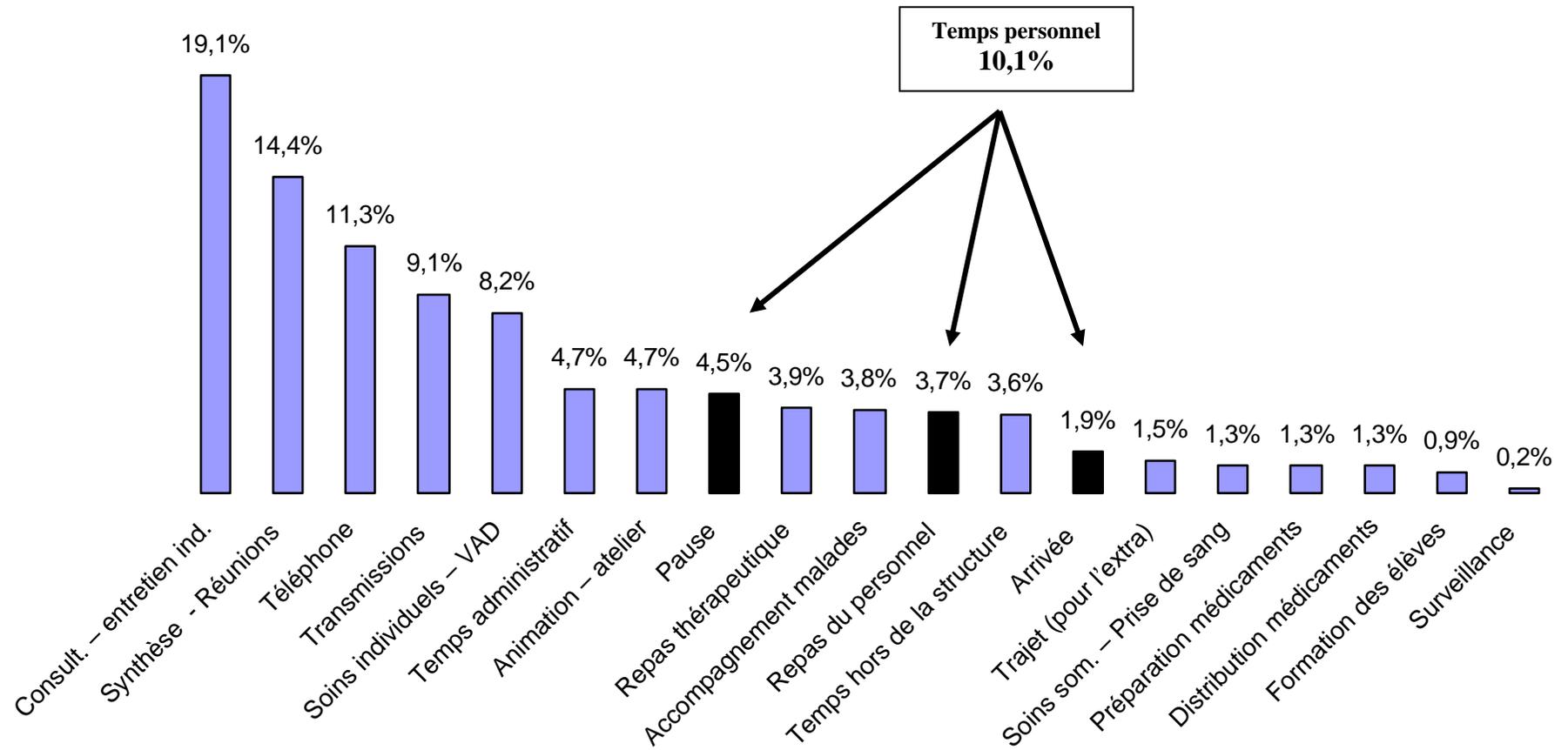


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
**(HOSPITALISATION - toutes équipes)**

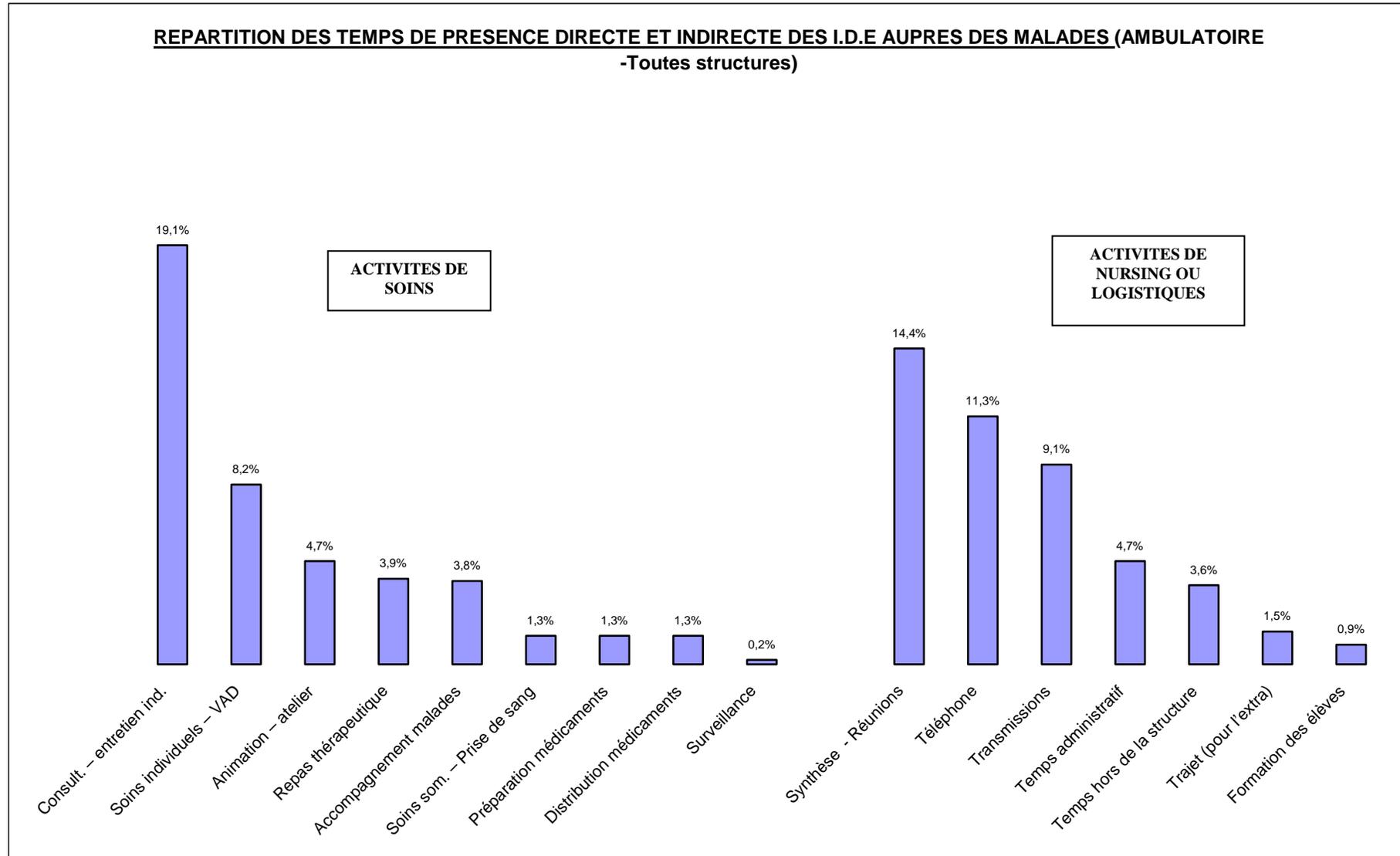


**STRUCTURES AMBULATOIRES**

### REPARTITION DES ACTIVITES DES I.D.E (AMBULATOIRE -Toutes structures)



**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE ET INDIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES (AMBULATOIRE  
-Toutes structures)**





**Annexe 8**

**LES REUNIONS AU C.H.S**



## **LES REUNIONS ET LEUR UTILITE DANS LE FONCTIONNEMENT EN EQUIPES DANS DEUX SECTEURS**

(Exemple de l'établissement public de santé de Savoie à Bassens)

### **Un fonctionnement cohérent reposant sur une organisation du travail précise.**

En dépit de caractéristiques différentes, le fonctionnement de ces deux services est harmonieux. Cela est dû à un management médical qui s'appuie sur des règles de gestion des personnels et des modes de transmission de l'information simples et connus de tous. Cette approche positive aux yeux de la mission permet, en particulier, de créer des liens entre les personnels ayant des vécus professionnels et des expériences très divers (cf. supra). Cela facilite aussi l'intégration des jeunes soignants. Dans un contexte d'effectifs contraints, ce fonctionnement permet de coordonner l'intervention des soignants sur des sites multiples avec des temps de travail éclatés.

### **Au sein de l'unité fonctionnelle la priorité est donnée à l'organisation des soins.**

#### **La relève a pour but d'articuler le soin autour du patient**

Quotidienne en semaine, la relève inter équipe de jour<sup>3</sup> dure de trente à quarante cinq minutes en présence de tous les personnels. Son enjeu est double : rendre cohérent le fonctionnement des équipes du matin et de l'après-midi et prendre en compte l'évolution des besoins des patients. Elle est animée par le cadre de santé qui a ainsi une vision d'ensemble du fonctionnement de l'unité et une connaissance immédiate de la situation de tel ou tel patient. C'est aussi le principal moment de rencontre et de décloisonnement des équipes soignantes pour des agents qui travaillent selon des horaires décalés

#### **La réunion clinique est un outil de lutte contre la chronicité des patients**

La réunion clinique se fait au niveau de l'unité<sup>4</sup>. Elle a pour but d'éviter qu'un patient soit « oublié » et que son projet de soin n'évolue pas. Présidée par le médecin référent de l'Unité fonctionnelle, elle est *animée par le cadre de santé*<sup>5</sup> qui veille au respect du temps et à ce que le cas de tous les patients soient effectivement évoqués. Cette réunion a une fréquence hebdomadaire et dure de 1h30 à 2h00.

Elle est inter professionnelle et pluridisciplinaire. Elle rassemble tous les médecins de l'unité ainsi que les personnels présents ce jour là dans l'unité et des soignants représentant l'extrahospitalier ainsi que les assistants sociaux. Ces derniers sont particulièrement utiles pour assurer le lien avec le médico-social. C'est un moment de partage d'expériences et de re- motivation de tous les professionnels avec la présence active des médecins, des psychiatres et des cadres, en particulier. Une mise à jour du dossier de chaque patient est alors effectuée sur la base des décisions prises en commun.

<sup>3</sup> La mission a relevé que certains soignants trouvaient, qu'en regard de ce temps de relève dense de la journée, les temps de relèves décalées de l'équipe de l'après-midi avec celle de nuit et de celle de nuit avec l'équipe du matin méritaient plus d'attention. En effet, le soir un soignant arrive à 20h45 et prend seul les consignes jusqu'à 21h00 moment où arrive le reste de l'équipe de nuit (idem le matin soit deux fois 15 minutes au total). De fait, l'équipe de nuit est seulement dépositaire d'informations mais ne participe pas vraiment aux projets des patients. Ce mode d'organisation a permis d'économiser des postes lors de la mise en place des 35 heures. Toutefois, il coupe relativement l'équipe de nuit des projets de soin et, dans une moindre mesure, de la vie du secteur.

<sup>4</sup> Du domaine du soin, elle a principalement sa justification en intra hospitalier mais existe aussi en extra hospitalier où elle permet de faire le point sur les projets des patients ainsi que leur évolution.

<sup>5</sup> En hôpital de jour, il est possible que la réunion clinique ne soit pas animée par le cadre de santé (cf. Hdj d'Aix-les-Bains dont le cadre de santé faisait à ce moment là aussi fonction de cadre supérieur).

**La réunion de synthèse permet d'approfondir le cas d'un patient.**

La réunion de synthèse<sup>6</sup> à pour objet d'approfondir spécifiquement le cas d'un patient avec toutes les personnes en relation de soin avec lui, y compris les assistants sociaux. Animée par le médecin en charge du patient, elle a lieu au sein de l'unité sur un mode variant entre l'hebdomadaire et le bimensuel et dure de 1h00 à 1h30. Elle permet aux personnels de donner leur avis le devenir du patient<sup>7</sup>. Un compte rendu est inséré dans le dossier du patient.

**Organisée par le cadre de santé la réunion de fonctionnement<sup>8</sup> a pour objet d'assurer la coordination et la cohésion des personnels soignants des équipes<sup>9</sup>.**

Elle se réunit en moyenne tous les mois<sup>10</sup>. Les conditions de travail<sup>11</sup> mais aussi les liens avec les structures de l'extra hospitalier ainsi que la diffusion d'informations institutionnelles sont traités. Le cadre supérieur de santé y assiste, à son initiative ou lorsqu'il est sollicité par le cadre de santé. Un compte rendu est affiché dans le local infirmier.

C'est un temps d'écoute et d'échanges où le cadre prend la mesure des situations collectives et individuelles des membres des équipes de soignants de son unité et mène si nécessaire une action de re-motivation.

**Au niveau du service priorité est donnée à la coordination et à l'échange.**

**La réunion des cadres<sup>12</sup> est un lieu d'échanges**

Animée par le cadre supérieur de santé, elle se déroule chaque semaine après la réunion organisée par le directeur des soins infirmier avec les cadres supérieurs de santé des secteurs. Elle dure de 2h30 à 3 heures et permet de résoudre les problèmes internes rencontrés par les cadres et d'assurer un retour des informations du niveau supérieur. On y traite surtout des questions d'organisation du secteur mais aussi d'autres activités intéressant les cadres<sup>13</sup>. C'est aussi le moment pour ces derniers de partager, avec le cadre supérieur de santé, leurs perceptions du fonctionnement de leur unité et du service.

<sup>6</sup> Du domaine du soin, elle existe surtout en intra hospitalier.

<sup>7</sup> En tenant compte de son attitude, de son évolution, de son projet individuel.

<sup>8</sup> Elle s'appelle aussi réunion de fonctionnement infirmier, elle existe en intra comme en extra hospitalier.

<sup>9</sup> Bien qu'invités, les personnels de nuit y participent peu du fait des contraintes de déplacement que cela implique.

<sup>10</sup> Il s'agit là de la fréquence minimum. Certains cadres de santé organisent ce type de réunion deux à quatre fois par mois lorsqu'il faut intégrer de nouveaux personnels ou mettre en œuvre des consignes particulières.

<sup>11</sup> En particulier, des sujets comme les emplois du temps et la planification des congés annuels.

<sup>12</sup> C'est un temps de contact entre cadres qui aborde l'organisation et l'administration du service.

<sup>13</sup> Il peut s'agir d'informations institutionnelles ou des activités intersectorielles concernant les cadres. Au CHS de Bassens existe un dispositif de cadre de continuité intersectorielle destiné à répondre à un besoin de soutien des équipes sur une période marquée par une fréquence accrue de difficultés pour les équipes soignantes. Il s'agit en l'occurrence du temps située entre le départ du cadre d'unité et l'arrivée du cadre de nuit du CHS (en semaine de 17h30 à 20h30), le week-end (samedi après-midi et journée du dimanche) et les jours fériés.

**La réunion « médecins, cadres » a pour objet de créer une cohésion entre cadres et de mettre en perspective les engagements commun du projet de service.**

Elle réunit autour du chef de service, les médecins, le cadre supérieur de santé ainsi que tous les cadres de santé et depuis 2005, les psychologues. Elle traite essentiellement des questions de coordination et de planification de leurs temps. Elle permet aussi de bien définir les activités et les actions sur lesquelles tous les points de vue doivent s'accorder et de les corrélés avec le projet de service. Elle a lieu tous les mois et dure en moyenne 2 heures.

**Le conseil de service est un temps d'expression et de communication pour les personnels.**

Animé par le chef de service et le cadre supérieur de santé on y aborde l'organisation et l'administration du service ainsi que son évolution (l'avancement du projet de dossier patient informatisé ou l'organisation en pôle...). Il se réunit quatre fois par an et dure pratiquement une demi-journée. Un compte rendu écrit est transmis individuellement à chaque personnel du service. C'est un temps d'expression et de communication important pour tous les personnels<sup>14</sup>. C'est l'occasion de montrer la cohérence des actions en cours et du projet de service qui fonde la démarche commune aux agents.

**Des médecins impliqués dans le management des unités.**

**Une réunion médicale pour leur permettre de se coordonner**

Une fois par semaine, durant environ une à deux heures, elle rassemble tous les médecins du service. Les questions d'administration et d'organisation mais aussi touchant aux soins peuvent être abordées. Elle traite des questions de planification de l'activité des médecins entre les structures.

**Une fonction de médecin référent d'unité qui lie le soin et l'organisation.**

En particulier au secteur Maurienne, le médecin référent assure la mise en œuvre du projet médical d'une unité fonctionnelle. Sous la responsabilité du chef de service, ce médecin est investi d'une « forme d'autorité » en terme « d'organisation » à l'égard des praticiens cliniciens intervenants au sein de l'UF. Il est l'interlocuteur privilégié du cadre. Les soignants rencontrés par la mission apprécient ce mode d'organisation.

En conclusion :

Les modes d'organisations adoptés par ces deux services et, en particulier, les différents temps dédiés à la coordination des professionnels et au suivi des patients leur permettent de faire face aux contraintes qu'ils connaissent et d'assurer une offre de soins de qualité.

1. Ces réunions reposent, sous la responsabilité des chefs de service, en grande partie sur les cadres de santé. Leur place y est affirmée. De fait, le cadre est le principal vecteur de transmission de l'information pour l'équipe soignante (IDE, AS, ASH) mais aussi, dans une certaine mesure, pour les médecins et les psychologues. Il a également un rôle pédagogique à l'égard des jeunes infirmiers.

<sup>14</sup> Bien qu'il soit dans certains services ouverts à tous les personnels, du fait de la poursuite de l'activité tous les membres du service ne peuvent pas y participer. Dans chaque unité fonctionnelle des représentants sont élus pour chaque profession. Ils transmettent les questions et répercutent en retour informations et réponses.

2. Le système de réunions ainsi mis en place réduit le cloisonnement des équipes soignantes et, de fait, les modes de communications paraissent satisfaisants. C'est également un moyen puissant d'intégration des nouveaux arrivants et d'appropriation des procédures.
3. Au regard de ce temps important dédié à la coordination interne, les temps de rencontre avec les autres services (services techniques, DRH, services administratifs) sont très réduits. Cela démontre l'utilité mais aussi les limites des outils de communication interne qui existent dans l'établissement comme la lettre du CHS « Ensemble » ou les réunions d'information (les « jeudi du CHS », organisées par la DRH) dans la mesure où les personnels n'ont pas le temps effectif d'y participer.

**Annexe 9**

**L'ENTRETIEN INFIRMIER**



**Il serait important de réfléchir en termes de fonction infirmière plus que de métier. En effet, si les missions ont constaté que l'activité infirmière ne se distinguait pas sur toutes les tâches de celles d'autres professions, aide-soignantes et assistantes de service social notamment, certaines fonctions méritent d'être exercées par des personnels bien formés. Il en est ainsi de l'entretien infirmier et de sa relation pour inscription au dossier et transmission**

### Le rôle de l'infirmier en psychiatrie peut être accru

Cela concerne tout particulièrement la fonction d'accueil et le relais qu'il joue entre le patient et le médecin.

L'entretien<sup>15</sup> est un acte de soin qui repose sur une démarche relationnelle<sup>16</sup>. Il prend plusieurs formes, dont deux majeures. L'entretien de soutien, pour apprécier la situation d'un patient et son évolution et, aussi l'entretien d'accueil et d'orientation<sup>17</sup>. Il s'agit dans ce dernier cas d'une véritable démarche préalable à un rendez vous avec un praticien. Du fait de la faiblesse du temps disponible des médecins (confer supra) et de l'importance des demandes, les délais d'attente pour un premier rendez vous avec un psychiatre sont assez importants. Une réponse adaptée s'impose à l'égard du patient. C'est ce que permet l'entretien infirmier d'accueil et d'orientation<sup>18</sup> qui apporte une solution<sup>19</sup> aux difficultés actuelles.

Au cours de cet entretien l'infirmier<sup>20</sup> va, entre autre, expliquer globalement la démarche de soin en psychiatrie, s'efforcer d'évaluer la situation du patient et apprécier les appuis familiaux ou professionnels dont il dispose. A l'issue de cette rencontre, qui dure une heure en moyenne, l'infirmier est en mesure d'orienter<sup>21</sup> le patient. A ce titre, le

---

<sup>15</sup> La formation à l'entretien d'accueil et d'orientation fait partie des enseignements dispensés par le CHS aux nouveaux arrivants. Généralement elle est effectuée dans les deux ans suivant le recrutement.

<sup>16</sup> Le premier contact entre le patient et l'équipe de soin passe par l'infirmier. La démarche relationnelle et l'entretien oral sont au cœur du métier d'infirmier en psychiatrie. L'entretien initial a pour but d'accueillir et d'apaiser le patient qui est souvent en crise, de lui présenter les règles de vie dans l'unité et de recueillir des informations administratives le concernant. Dans la journée, lorsque le patient se sent en difficultés ou qu'un membre de l'équipe soignante discerne une situation de tension, l'infirmier lui accorde un entretien. Cela permet de désamorcer la situation et peut déboucher sur un rendez-vous avec un psychiatre. Souvent, en soirée, les infirmiers pratiquent l'entretien téléphonique. Il s'agit là essentiellement de rassurer par exemple un patient pris d'angoisses pour apaiser et éviter une hospitalisation en urgence.

<sup>17</sup> Cette démarche est assez développée en CMP au sein du CHS de la Savoie.

<sup>18</sup> Les secteurs Tarentaise et Aix-les-Bains par exemple ont déjà développé cette démarche en extra hospitalier<sup>18</sup>. (En 2004, 230 entretiens d'accueil et d'orientations ont été réalisés au sein du secteur Haute Tarentaise). Le secteur Maurienne a entamé cette démarche depuis janvier 2006. Ce fonctionnement conforte la place du CMP comme pivot du secteur en psychiatrie. Cela est d'autant plus justifié lorsqu'il doit faire face à des demandes supplémentaires liées à la faiblesse ou à l'absence d'offre de soins en libéral dans son aire géographique.

<sup>19</sup> Ce n'est pourtant pas une solution miracle. Malgré la mise en place systématique sur l'extra hospitalier de l'entretien d'orientation infirmier le secteur Haute Tarentaise observait en 2005 une augmentation des délais entre la demande de rendez vous et le premier entretien. 2 à 3 semaines pour l'entretien infirmier, 4 à 6 semaines pour un rendez vous médical et 3 à 4 mois pour un rendez vous avec un psychologue. Ces délais d'attente sont préjudiciables à une prise en charge de qualité.

<sup>20</sup> Au CHS de la Savoie les infirmiers qui pratiquent en extra hospitalier sont tous expérimentés car il faut au moins quatre ans de présence sur l'établissement pour pouvoir postuler sur un poste en extra hospitalier.

secteur Haute Tarentaise constate<sup>22</sup> que de plus en plus d'orientations sont faites vers les psychologues puisque les besoins observés correspondent souvent à des situations psychologiques des patients perturbées et moins à des situations nécessitant l'intervention d'un psychiatre.

Cette procédure a le mérite de dédramatiser le premier contact avec le monde psychiatrique en mettant le demandeur en présence d'un infirmier plutôt que d'un médecin. Elle permet aussi d'optimiser le temps du psychiatre qui ne rencontrera principalement que des personnes relevant effectivement de la psychiatrie. Elle évite aussi les absences des patients au rendez-vous pris longtemps à l'avance avec le praticien<sup>23</sup>. A l'issue du rendez vous avec le psychiatre ce dernier peut lui proposer une hospitalisation, un rendez vous avec un psychologue ou prescrire des entretiens de soutien par un infirmier en CMP ou des visites à domicile.

En intra hospitalier, il paraît aussi nécessaire de renforcer les pratiques des entretiens d'évaluation et de soutien ainsi que d'élargir, à la majorité des patients, le dispositif de l'infirmier référent qui n'existe au sein du CHS que pour les patients hospitalisés au long court. Par essence, les infirmiers sont plus longtemps et plus souvent en présence des patients qu'ils côtoient avant et après les entretiens avec le psychiatre ou le psychologue. Ils sont donc en mesure d'apprécier l'action des prescriptions du praticien sur le comportement du patient hospitalisé. Le partage organisé de cette vision « dans la durée » permet une plus large perception du patient par le praticien.

Le développement de l'entretien d'accueil orientation, comme le dispositif d'infirmier référent participent de la volonté d'affirmer la place de ce professionnel et de dégager du temps pour les psychiatres. Pour les infirmiers, approfondir leurs actions dans le domaine de l'accueil doit se faire avec la connaissance des limites de ce type d'intervention et justifie simultanément un travail de collaboration structurée entre praticiens, psychologues et infirmiers. L'augmentation des suivis infirmiers doit être confortée par un effort de formation en thérapies spécifiques (médiations corporelles, relaxation, musicothérapie, arthérapie...) et une reconnaissance des compétences acquises.

---

<sup>21</sup> Il peut alors argumenter pour obtenir du psychiatre un rendez vous en urgence ou, simplement, un rendez vous dans les délais habituels mais après avis du psychiatre en proposant au patient des entretiens de soutien dans l'attente du rendez vous avec le praticien. Le patient peut aussi être orienté vers un autre type d'action en rapport avec sa situation (réponse par psychologue, un médecin généraliste ou parfois une assistante sociale...).

<sup>22</sup> Cf. projet des services médicaux page 36.

<sup>23</sup> Dans l'intervalle des deux ou trois mois, entre la demande et le rendez-vous effectif la situation du patient a pu évoluer et il est fréquent qu'il ne se présente pas au rendez vous induisant une perte de temps pour le psychiatre.

**Annexe 10**

**LE DIFFICILE POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES**



## LE DIFFICILE POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES

### La définition des temps de travail des psychologues

La circulaire DH/FH3/92 n° 23 du 23 juin 1992 relative à l'application du décret du 31 janvier 1991, portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière, détermine dans son point 3 la répartition du temps de service hebdomadaire d'un psychologue.

Il y est indiqué notamment que « ...Les fonctions de psychologues ont fait l'objet d'une définition à l'article 2 du décret du 2 janvier 1991... Ils collaborent au projet thérapeutique ou pédagogique du service... qui comporte deux aspects :

- une fonction clinique qui peut s'adresser à des personnes ou à des groupes... cette fonction... comporte une approche globale de la personne accueillie. En ce sens le psychologue a une fonction de prévention... il contribue à l'analyse et à l'aménagement des rapports entre la personne accueillie, les professionnels et l'environnement, favorisant ainsi une bonne articulation des différentes interventions,
- une fonction de formation, d'information et de recherche<sup>24</sup>... ; toutes facilités doivent lui être données pour permettre cette formation...

Les psychologues doivent consacrer deux tiers de leur durée hebdomadaire de travail à la fonction clinique et un tiers à la fonction de formation, d'information et de recherche.

En clair, cette répartition au moment de la parution du texte leur impose de consacrer 26h de leur temps à la fonction clinique et 13h à la fonction information et recherche.

En l'absence d'avenant à cette circulaire pour prendre en compte la nouvelle durée légale du temps de travail hebdomadaire cette répartition devrait être la suivante : 23h 20' liée à la fonction clinique, 11h 40' pour la fonction formation information et recherche.

### La réalité au CHS de Thuir

#### L'analyse globale de la situation<sup>25</sup>

La prise du temps FIR varie fortement selon les psychologues et les services concernés. Une majorité se situe entre ½ journée et deux demi journées. Peu prennent la totalité des possibilités offertes par la circulaire analysée précédemment. Certains, rares, ne peuvent prendre ce temps. Cette situation est fortement liée à l'importance de leur travail clinique.

<sup>24</sup> La démarche personnelle du psychologue comprend à la lecture de cette circulaire les éléments suivants : « travail d'évaluation prenant en compte sa propre dimension personnelle, effectué par évaluation mutuelle ou par toute autre méthode spécifique, actualisation de ses connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique, participation, impulsion réalisation et communication de travaux de recherche... il peut en outre participer et collaborer à des actions de formation, notamment auprès des personnels des établissements visés... il peut également être chargé de l'accueil d'étudiants en psychologie effectuant un stage hospitalier... ».

<sup>25</sup> La mission a procédé par questionnaire. 19 psychologues sur 31 ont répondu (61 %).

Le contenu de ce temps est fort divers également mais correspond peu ou prou aux définitions fournies par la circulaire. Ce temps est consacré de manière non exhaustive à :

- un temps entre professionnels (collège des psychologues),
- des activités de prévention (participation à des groupes sur la maltraitance, participation à des associations pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles, cellule d'urgence médico psychologique, débats dans des collèges sur la toxicomanie,
- l'animation des ateliers cliniques pour les nouveaux arrivants IDE (confer supra),
- des journées de formations externes,
- des bilans,
- des séminaires psychanalytiques,
- des travaux de lecture,
- des temps de supervision effectués à l'extérieur de l'établissement,
- des temps d'analyse personnelle,
- des interventions dans des colloques, congrès et conférences...

#### La mesure des temps dans deux secteurs

Dans les deux cas, le temps théorique avancé, à l'appui d'un planning de travail<sup>26</sup>, est supérieur à la durée hebdomadaire de travail (38h 15' pour l'une des psychologues, 41h 45' pour l'autre). Dans les deux cas, le temps réel travaillé est au dessus des temps prévus par la réglementation. Dans la réalité, par jour, pour les deux professionnels, les heures travaillées se situent autour de 9h.

Le tableau qui suit fournit l'analyse en pourcentage des temps théoriques et réels par nature d'activités.

Tableau N° 18. Utilisation des temps des psychologues de deux secteurs

Nature des activités	Secteur 1		Secteur 4	
	Temps théorique	Temps réel	Temps théorique	Temps réel
<i>Présence directe auprès des patients</i>	55,9 %	49,4 %	61,6 %	51 %
<i>Présence indirecte auprès des patients</i> <i>-Dont contacts avec l'équipe de secteur</i> <i>-Dont réunion clinique en extra hospitalier</i>	14,9 %	18,8 %	25,2%	29 %
<i>Temps institutionnel</i>	0,6 %	0,6 %	1,2 %	2,8
<i>Temps de gestion</i> <i>Dont dossier du patient</i>	13,6 %	13 %	2,4%	17,2 8,3
<i>Temps de formation recherche</i>	<b>13,6 %</b>	<b>20,7 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>0</b>

Source : Document d'utilisation des temps

<sup>26</sup> Il s'agit de la psychologue du secteur 4.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse des temps théoriques ou réels, les psychologues consacrent plus de la moitié de leur temps à une présence directe auprès des patients (psychothérapies, bilans psychologiques, consultations).

Les temps de coordination avec les autres professionnels varient de manière significative et sont sans doute liées à des approches différentes du management médical entre les deux secteurs.

Les temps institutionnels sont extrêmement faibles. Les psychologues n'ont pas de représentation dans l'établissement. Les temps qui apparaissent sont essentiellement les temps de rencontres des psychologues au sein de leur collège. Il s'agit d'une instance officielle.

Les temps de gestion concernent essentiellement le dossier du patient.

Dans les deux cas, dont très nettement pour l'une des psychologues, les temps FIR sont en dessous de ce que prévoit la réglementation.

### **Les délégations d'activité entre médecins et psychologues restent problématiques**

La contrainte forte qui pèse sur les temps médicaux oblige à s'interroger sur des solutions alternatives. Parmi celles-ci, la délégation d'activités cliniques aux psychologues peut représenter une voie d'approche.

Mais les difficultés pour la mise en œuvre de ce type de solutions sont nombreuses et de natures différentes. Le statut des psychologues, leur positionnement institutionnel, leur intégration dans le fonctionnement des services et leur formation apparaissent comme autant d'obstacles.

### **Le statut actuel des psychologues n'a pas évolué au cours des 15 dernières années**

Cette situation est assez paradoxale quand on la compare avec celle des autres professionnels des établissements (PH, directeurs d'établissements, directeurs de services infirmiers, cadres de santé) qui tous ont vu leur statut changer de manière favorable<sup>27</sup>.

La grille indiciaire des psychologues n'a pas bougé. L'évolution de carrière reste à deux vitesses. La promotion de psychologues n'a alors souvent d'autres logiques que celle d'avoir été présent au bon moment et au bon endroit<sup>28</sup>.

Une des raisons sans doute qui explique le blocage du statut des psychologues est l'idée que l'on peut se faire à tous niveaux (DHOS, directions d'établissements, corps médical) de cet avantage qu'auraient ces professionnels dans la reconnaissance officielle d'un temps propre important dévolu à leur formation (temps FIR).

<sup>27</sup> Ils n'ont pas été intégrés aux différents protocoles de 2001 concernant les professionnels de soins par exemple.

<sup>28</sup> Le système actuel prévoit qu'une partie des psychologues peut accéder à la hors classe. Mais il y a un quota qui reste comparable que l'on soit dans un grand établissement ou un établissement plus petit. Les conséquences font que le psychologue qui est promu à la hors classe va garder cette situation tout au long de sa carrière bloquant les avancements de ses collègues dans un très grand nombre de cas, compte tenu de la faiblesse des effectifs de psychologues dans certains établissements. L'octroi d'une possibilité ouverte aux psychologues de classe normale ayant atteint le 11<sup>ième</sup> échelon de bénéficier du système « promu promouvable » reste très marginal.

Ici et là, ce temps de formation est fortement critiqué. Une lettre circulaire<sup>29</sup> a tenté d'en limiter la portée en invitant les directions à considérer que ce temps FIR devait être organisé à l'intérieur de l'établissement, sauf exceptions.

Comme le montre l'analyse précédente, dans le cas de Thuir, le temps consacré à la formation est loin d'être aussi important que ce qu'imaginent les autres professionnels. De plus, très souvent, le contenu de l'utilisation de ces temps se rapproche de celui officiellement reconnu aux autres personnels dans le cadre de la formation continue.

Aujourd'hui, le coût moyen d'un psychologue<sup>30</sup> est inférieur à celui d'un cadre supérieur de santé<sup>31</sup> et a fortiori à celui d'une DSSI<sup>32</sup>, par exemple

### **L'absence de positionnement institutionnel des psychologues**

Les psychologues n'apparaissent pas en tant que professionnels dans les diverses instances de l'établissement (CA, CME, CTE, CHSCT...). Ils ne peuvent l'être qu'à condition d'être élus au titre d'une organisation syndicale représentative ; dans cette hypothèse, par essence marginale du fait de leur poids structurel dans les effectifs, ils ne peuvent en aucun cas représenter leur profession mais seulement défendre les objectifs généraux de leur syndicat.

A Thuir, les relations de travail entre la DRH et le collègue des psychologues pallient en partie ce constat. Mais cela est dû au comportement de personnes et n'a pas de fondement juridique.

- L'intégration dans le fonctionnement des services

Il varie fortement en fonction du management médical. Un psychologue peut tout à fait être un électron libre au regard de la définition de ses temps prévus par son statut. Il peut par exemple consacrer l'essentiel de son activité à conduire des psychothérapies en ambulatoire sans qu'il n'ait de lien avec les équipes de soins.

La question ne se pose pas en ces termes au CHS de Thuir. L'exemple commenté des temps de deux psychologues (confer supra) montre une intégration de ces professionnels dans le fonctionnement du service, plus ou moins importante.

### **La formation des psychologues fortement différente de celle des médecins oblige à inventer de nouveaux modèles de coopération entre ces professionnels**

La question de la formation initiale et continue des psychologues est essentielle pour situer dans quelles conditions des tâches mais aussi des responsabilités, actuellement assurées par les médecins, pourraient l'être par des psychologues dans le cadre d'un partenariat à la fois en intra hospitalier et en extra hospitalier.

<sup>29</sup> Lettre du 10 mars 1999. Il y est dit notamment « Si ce texte indique que toutes facilités doivent être données au psychologue pour se former, il convient de préciser qu'il n'envisage d'effectuer le temps FIR à l'extérieur de l'établissement que dans l'hypothèse où l'agent doit y suivre des enseignements ou des formations ».

<sup>30</sup> Par exemple, 48 000 € au CHS de Thuir.

<sup>31</sup> 61 000 € au CHS de Thuir.

<sup>32</sup> 76 600 € pour le coût moyen d'une DSSI.

Leur formation, organisée dans les universités de sciences humaines et rarement de sciences ou de médecine est dans certains cas axée avant tout sur les psychothérapies individuelles. Le psychologue titulaire d'un DESS peut se spécialiser dans différents domaines<sup>33</sup>. Il ne pose pas de diagnostic qui est un acte médical, même si l'examen qu'il réalise peut en être un élément. Un psychologue ne donne pas d'avis à partir duquel une mesure d'hospitalisation sans le consentement du malade pourrait être prise. Seul le psychiatre a cette capacité.

Les modèles à inventer de coopération entre médecins et psychologues sont certainement différents selon les lieux d'exercice.

Les psychologues ne travaillant pas dans l'urgence, sauf exception, les délégations de responsabilités médicales sont plus facilement réalisables en extra hospitalier (conduite de réunion de synthèse, définitions de priorités dans la prise en charge de patients au travers des enjeux cliniques...).

En intra hospitalier, il est possible d'imaginer que le rôle des psychologues soit aussi plus important qu'il ne l'est aujourd'hui en leur demandant de s'intégrer fortement au niveau des coordinations internes et externes du service. En interne, cette démarche posera sans doute la question de leur place par rapport à l'encadrement soignant. Il est possible de soutenir qu'ils pourraient être porteurs d'objectifs fondamentaux du service et dans ces conditions se voir confier la gestion de réunions de synthèse dès lors que les enjeux y sont essentiellement cliniques ; ils devraient aussi participer étroitement aux réunions d'équipe mais là dans une position de soutien des équipes avec un regard de superviseur qui correspond d'ailleurs à leur formation de base comme clinicien. Il faudrait réfléchir ainsi que cela a été exposé à propos de la fonction d'encadrement supérieur à leur ouvrir sur concours et après formation renforcée au management, l'accès aux fonctions de cadre supérieur.

---

<sup>33</sup> Psychologie de l'enfant et des adolescents, psycho gériatrie, psychologie clinique...



**Annexe 11**

**DEFINITION**



### *Établissements de santé*

#### **- Établissements de santé principalement spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales**

Publics (CHS) ou privés (**HPP**), ces établissements sont habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en hospitalisation (hospitalisation avec consentement, sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office), en référence à la loi du 27 juin 1990. Chaque établissement de ce type est pôle de rattachement des secteurs de psychiatrie. La plupart des établissements privés de cette catégorie participent au service public hospitalier au sens de la loi du 31 juillet 1991.

L'intitulé de cette catégorie de centre hospitalier n'a pas de support législatif spécifique dans le cadre de la loi hospitalière. Ce sont des centres hospitaliers dont l'activité est exclusivement en psychiatrie (en règle très générale).

Le précédent intitulé “ centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ” a été modifié par l'arrêté du 6 juin 1994 paru au B.O. 94/33 du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville qui reclasse les CHS en CH.

Dans le présent rapport, les catégories CHS et HPP seront tout de même différenciées.

#### **- Centres hospitaliers (CH) et Centres hospitaliers régionaux (CHR)**

Le **centre' hospitalier** est un établissement public et a pour missions principales : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Le Centre hospitalier général (CHG), Centre hospitalier spécialisé (CHS), hôpital ont été reclassés dans cette catégorie d'établissement par l'arrêté du 6 juin 1994 suite à la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Dans le présent rapport, le terme “ centre hospitalier ” n'inclura pas les CHS.

Sont dénommés “ **centre hospitalier régional** ”, les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils assurent, en outre, les soins à la population proche. S'ils ont passé une convention au titre de l'ordonnance 58-1373 du 30 décembre 1958 avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherches médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont alors dénommés “**centre hospitalier universitaire**”..

### *Les modes de prise en charge en psychiatrie : Les prises en charge ambulatoires*

Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en *centre médicopsychologique (CMP)*. Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent notamment d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente, et organisent l'accueil, l'orientation, et le cas échéant les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de *Centres d'accueil permanent (CAP)*.

Les CMP sont également chargés de coordonner *les visites à domicile* ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires...) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.

Les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique se développent également rapidement. Ceci l'explique à la fois par la croissance de l'activité des *urgences* ainsi que par le développement de la psychiatrie dite *de liaison*. Cette dernière forme d'activité est ainsi dénommée car elle correspond essentiellement aux consultations dans des services d'hospitalisation autres que psychiatriques et doit permettre une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

D'autres formes de prise en charge ambulatoire peuvent exister, mais elles restent très marginales (démarches d'accompagnement...) et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

### *Les prises en charge à temps partiel*

En psychiatrie générale, on distingue essentiellement quatre formes de prises en charge à temps partiel ; elles correspondent avec quatre types de structures différentes :

*Les hospitalisations en hôpital de jour* : des soins polyvalents et intensifs y sont prodigués durant la journée. Cette prise en charge peut se faire durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

*Les prises en charge dans les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)* : les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient a priori des structures précédentes sur plusieurs points

- la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue ;
- dans leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, ils se situent, en principe, en aval de l'hôpital de jour, s'adressant à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientant plus largement leur activité vers la reconstruction de l'autonomie et la adaptation sociale ;
- les équipes soignantes en général y sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Selon les experts, malgré ces différences de principes, les modes d'utilisation des deux types de structures précités font qu'il est, en pratique, parfois difficile de distinguer des différences réelles dans la nature de leur activité. Ceci s'explique notamment par le fait que le CATTP est une formule plus souple et semble plus aisée à

mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, il ne requiert pas d'enregistrement de sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'impose donc pas d'autorisation préalable de création par les autorités sanitaires, ni de fermeture de lits en gage de la création de places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière. Il mobilise moins de ressources que l'hôpital de jour.

*Les prises en charge en ateliers thérapeutiques* : ces ateliers utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit clairement d'une activité de réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients, qui peut être couplée à d'autres formes de prises en charge thérapeutiques au sein du secteur. Les personnels intervenant y sont très diversifiés (infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues...). Ce sont des structures qui doivent de préférence être implantées en-dehors de l'hôpital.

*L'hospitalisation en hôpital de nuit* : elle permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end qui constituent des moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse.

### ***Les prises en charge à temps complet***

*Les hospitalisations à temps plein* constituent le mode " traditionnel " de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un Centre hospitalier spécialisé (CHS), un Centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé participant au service public. Elles s'effectuent dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24, L'hospitalisation à temps plein entraîne une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires. Ses indications principales sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et les plus lourds.

*Les prises en charge dans les centres de post-cure* : ce sont des unités de moyen séjour

destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

*Les appartements thérapeutiques* constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Par principe, installés en dehors de l'enceinte de l'hôpital, et intégrés dans la cité, ils sont mis à disposition de quelques patients pour une durée limitée. Ils sont sensés permettre au patient de mener une vie la plus normale possible mais nécessitent néanmoins une présence importante, sinon continue, de personnels soignants.

*L'Hospitalisation à domicile (HAD)* : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessites par l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire

. Ce mode d'hospitalisation a pour objectif de permettre au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit la continuité des soins.

*Les placements en accueil familial thérapeutique* ont pour but de permettre le traitement de malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ils s'adressent à des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

