

Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé

Démarche méthodologique - version 2

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Monique Abad

monique.abad@anap.fr

Fabienne Bousrez

fabienne.bousrez@anap.fr

Stanislas Johanet

stanislas.johanet@anap.fr

Benoît Servant

benoit.servant@anap.fr

Résumé

Le soin hospitalier est un travail d'équipe faisant intervenir auprès du malade plusieurs communautés professionnelles, selon des modalités qui leur sont propres.

L'organisation des soins en équipe pluri-professionnelle requiert une synchronisation des interventions des acteurs autour du patient. Pour autant, cette coordination n'est pas toujours présente et consciencisée. Ainsi, l'organisation transversale des équipes hospitalières peut être mal anticipée, voire oubliée, laissant place à un empilement d'agendas individuels. En outre, les impacts des défaillances de synchronisation lui sont rarement rattachés et sont plus facilement attribués à l'argument du manque de moyens.

Pour empêcher les conséquences néfastes en termes de qualité des soins pour les patients, de qualité de vie au travail pour les professionnels et d'efficacité pour les structures, il est nécessaire que les équipes puissent faire le diagnostic des dysfonctionnements et en caractériser les conséquences afin de prévoir un plan d'amélioration qu'elles mettront en œuvre.

L'ANAP propose dans ce guide les enseignements tirés du travail avec une trentaine d'établissements. Une présentation de la méthode et des outils mobilisés par les 95 équipes contributrices complète cet ouvrage.

Plus qu'une démarche « clé en mains », il s'agit de présenter ici des éléments méthodologiques permettant aux chefs de projet médicaux et paramédicaux de catalyser la réflexion des équipes hospitalières, dans l'objectif d'améliorer leur synchronisation des temps professionnels et des activités.

Cette publication et ses outils viennent compléter une offre déjà existante dans les productions de l'ANAP. Elle remplace le guide du même titre paru en 2014.

Abstract

3

Hospital care involves teamwork bringing the patient in contact with several professional communities, each using their own methods.

Organising care using multi-disciplinary teams requires those involved to synchronise their patient-focused activities. However, this coordination is not always there or evident. So transverse organisation of hospital teams may not always be timely, or may even be forgotten, leaving room for a variety of individual agendas. In addition, the effects of failures in synchronisation are rarely associated with it and are more easily attributed to arguments around the lack of resources.

To prevent harmful outcomes affecting healthcare quality for patients, occupational quality of life for professionals and efficiency for organisations, teams must be able to identify malfunctions and characterise their consequences in order to develop an improvement plan that they will implement.

In this guide, ANAP proposes feedback on the lessons learned from experience gained with thirty healthcare facilities. The guide is supplemented by a presentation of the methods and tools used by the 95 contributing teams.

More than a "turnkey" approach, it presents elements of methodology enabling medical and paramedical project leaders to stimulate ideas in hospital teams, with the aim of improving their synchronisation of professional time and activities.

This publication and its tools supplement an existing offer in ANAP publications. It replaces the guide published under the same title in 2014.

Sommaire

Préface	p. 6
Introduction	p. 8
Fiche synoptique de la démarche proposée	p. 9
1 - Un sujet encore méconnu	p. 10
1. Une spécificité hospitalière?	p. 11
2. Autour du patient : deux statuts et deux logiques de fonctionnement?	p. 11
3. Des conséquences non anodines	p. 12
4. Une prise de conscience très lente	p. 14
2 - Retours sur l'accompagnement de 30 établissements	p. 15
1. Établissements contributeurs au projet de cohérence des temps médicaux et non médicaux	p. 16
2. Le contexte des établissements accompagnés : rien que des cas particuliers	p. 16
3. Profil des chefs de projet des établissements accompagnés par l'ANAP	p. 17
4. Palmarès des pistes accompagnées	p. 17
5. Caractéristiques des principales pistes mises en œuvre	p. 19
6. Le management du projet	p. 21
7. Synthèse des enseignements du projet	p. 22
8. Au bénéfice du patient	p. 23
9. Dix points clés pour réussir	p. 23
3 - Les grands classiques de la synchronisation	p. 24
1. Les lieux à haut risque	p. 25
2. Les moments les plus sensibles à la désynchronisation	p. 32
4 - Méthodologie	p. 34
1. Identifier le besoin de travailler le sujet	p. 35
2. Comment mener le projet?	p. 36
3. Bien utiliser les indicateurs	p. 44
4. Les outils du projet	p. 48
Annexes	p. 56
Remerciements	p. 57

Préface

Le temps de prendre soin

Le temps peut être un allié autant qu'un ennemi. Allié lorsqu'il permet de faire des choix réfléchis et d'assurer la qualité pour nos patients. Ennemi lorsqu'il est perdu entre intervenants mal coordonnés, pesant alors sur les prises en charge et devenant un « irritant » majeur dans le quotidien des professionnels.

Personne ne fait rien seul à l'hôpital. Aucun médecin, aucun soignant, aucun technicien ni directeur ne peut agir seul. Toutes nos actions ont des conséquences sur les patients mais aussi les autres intervenants de l'hôpital, les partenaires extérieurs, les familles...

Ce qui nous relie tous, au-delà de l'objectif de qualité des soins, c'est le temps : celui que nous prenons aux autres, celui que nous consommons pour agir, et celui que nous perdons à attendre les autres... Dans un système qui recherche l'efficacité médico-économique et qui s'organise pour réduire les durées de séjour, tout le monde court après le temps. Il est donc essentiel, vital même, d'améliorer la coordination des temps entre professionnels de santé.

Merci aux équipes médico-soignantes accompagnées par l'ANAP d'avoir démontré à nouveau la nécessité, l'intérêt supérieur, de bien articuler les temps au sein des équipes. Cette deuxième édition du guide sur la synchronisation des temps à l'hôpital en est le témoignage.

Améliorer la coordination des temps demande une prise de conscience collective. Car chaque agent peut y contribuer mais aussi chaque équipe, chaque service, en tenant compte des contraintes temporelles des autres. Une organisation mieux synchronisée, c'est l'intérêt des patients autant que des personnels. C'est un fil rouge qui peut animer la contractualisation des objectifs : synchroniser les temps pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, pour contribuer au bien-être des patients et des professionnels et, sans aucun doute, pour améliorer les performances médicales et économiques de nos établissements.

Prenons le juste temps, pour mieux prendre soin de nos patients et de nos collègues.

Frédéric Boiron

Directeur Général du CHRU de Lille

Président de l'ADH (Association nationale des directrices et directeurs d'hôpital)

Introduction

L'hôpital¹ est de plus en plus soumis à une obligation de résultat tant en termes de qualité que de sécurité des soins. Le patient est mieux informé et donc plus exigeant et s'inscrit dans une recherche de prise en charge plus courte. Pour s'adapter à ces nouveaux besoins, les professionnels hospitaliers étudient les facteurs d'allongement inutiles de la durée de séjour pour les éradiquer. Parmi ceux-ci, les défauts de synchronisation des temps des acteurs autour du patient s'avèrent être une cause importante de retard de prise en charge et de source de mécontentement. Mais ce n'est pas tout. Cette désynchronisation altère la communication au sein de l'équipe, augmente la « charge de bazar », fragilise la sécurité des soins et accroît les irritants sur une équipe pressée d'être efficiente. On comprend donc bien l'intérêt de traiter en priorité ce sujet souvent ignoré dans nos établissements.

Cet ouvrage a pour objectif d'aider les équipes hospitalières à consacrer d'avantage leur temps au patient. Il propose une double approche : d'une part il éclaire ce sujet peu exploré pour le faire reconnaître comme un enjeu important des établissements de santé. D'autre part, ce guide décrit une démarche de diagnostic du déficit de coordination entre acteurs et de l'absence de mesure de ses conséquences. Il propose des actions d'amélioration, des éléments d'évaluation et des leviers de pérennisation.

Cette deuxième version est issue d'un accompagnement dont les modalités sont nouvelles sur plusieurs points :

- ▶ Le diagnostic de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux a été réalisé, non par l'ANAP, mais par les établissements eux-mêmes en s'appuyant sur la première édition du guide. Ces derniers ont également fait l'inventaire et priorisé les pistes de travail qu'ils souhaitent mettre en œuvre.
- ▶ Le périmètre des établissements accompagnés s'est étendu aux CHU. La synchronisation des temps a intégré les problématiques prévisibles des praticiens hospitalo-universitaires.
- ▶ Une attention particulière a été portée aux méthodes de suivi des indicateurs de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux.

En outre, la deuxième vague d'accompagnement des établissements nous a montré la nécessité d'approfondir notre analyse

sur certains points critiques de la synchronisation des temps tels que l'anticipation des congés médicaux et non-médicaux et l'organisation de la visite clinique dans les unités de soins. Ce guide a pour ambition d'être un outil concret pour les professionnels au contact du patient : équipes médico-soignantes et équipes en charge des ressources humaines. Il n'est pas un *vademecum* et ne propose pas de recettes toutes faites mais permet de catalyser la réflexion autour du travail en équipe.

Les solutions proposées sont issues, de l'expérience d'accompagnement par l'ANAP de 30 établissements de santé. Elles ont permis de dégager une méthodologie d'amélioration de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux auprès du patient hospitalisé, à adapter au contexte de l'établissement.

Ce guide comporte trois volets. Le premier est celui d'une description du sujet et de l'évaluation de ses conséquences dans les établissements de santé. Le retour d'expériences des 30 établissements accompagnés constitue le deuxième volet de cet ouvrage. Enfin, la description méthodologique d'une démarche d'amélioration de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux complète ce travail.




NOTE AU LECTEUR

Cet ouvrage fait suite à une première publication intitulée « synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - démarche méthodologique » parue en juillet 2014 à laquelle il se substitue.

1 - Le terme « hôpital » désigne dans ce guide tous types d'établissements de santé (public, privé, ESPIC)

Fiche synoptique de la démarche proposée

	Quoi?	Qui?	Comment?		Emplacement
S'approprier le sujet	Connaître Comprendre	Initiateur de projet	Lecture du guide		p. 11
	S'inspirer d'exemples concrets	Initiateur de projet, DRH - DS - DAM ou management du pôle	Lecture des retours d'expériences du guide		p. 16
	Repérer les lieux et moments à haut risque de désynchronisation	Initiateur de projet, DRH - DS - DAM ou management du pôle	Lecture des grand classiques de la désynchronisation du guide		p. 25
1. Préparer	Identifier le besoin de travailler le sujet	DRH - DS - DAM ou management du pôle	Étude signes d'alerte, des sites à risque		p. 35
	Donner du sens Préparer	Gouvernance de l'établissement	Communication appuyée sur les valeurs, sur les preuves		p. 36
	Piloter	Binôme médical et non médical	Désignation des porteurs Lettre de mission Constitution des équipes		p. 37
	Cadrer le projet	Binôme chef de projet	Note de cadrage Calendrier		p. 40
2. Mener le projet	Diagnostiquer	Équipes médico-soignantes	Analyse de la situation de départ Choix et mesure initiale d'indicateurs		p. 40
	Communiquer	Binôme chef projet	Instances, supports		p. 42
	Élaborer le plan d'actions	Équipe projet (binôme + porteurs de pistes)	Définition des objectifs, valeurs-cibles indicateurs, méthodes et outils		p. 42
	Mettre en œuvre	Équipes médico-soignantes	Actions		p. 43
	Pérenniser	Direction, management de pôle	Institutionnalisation, suivi systématique		p. 43
	Déployer	Direction, management de pôle	Documentation, communication, généralisation		p. 44
3. Bien utiliser les indicateurs	Méthodes et exemples	Équipe projet	Bilan initial, bilan de l'avancement		p. 44
4. Les outils du projet	S'appuyer sur les outils pertinents	Équipe projet	Outils diagnostic, charte, TOM/maquettes, COM/plannings, outils pilotage de projet		p. 48 www.anap.fr



1

Un sujet
encore méconnu

Partie 1

Un sujet encore méconnu

La synchronisation des temps des intervenants auprès du patient est définie ici comme étant l'action par laquelle l'articulation des temps, lieux et modalités d'intervention des différents acteurs permet l'atteinte optimale de trois objectifs: qualité et sécurité des soins, bien-être au travail, efficience médico-économique.

LE SENS DES MOTS

Plusieurs termes, presque similaires, seront utilisés dans ce travail pour décrire les objectifs du projet.

La « synchronisation » des temps est l'objectif qui a rassemblé l'ensemble des contributeurs car il est un élément clé de la « cohésion » de l'équipe auprès du patient.

La « cohérence » ou la « concordance » des temps ont été entendues dans les établissements, mais ont semblé beaucoup moins précis dans la description des temps.

Le terme de « coordination » des professionnels a également été proposé, mais il ne fait pas nécessairement référence au temps.

Au final, le terme de « synchronisation » a paru le plus pertinent en ce qu'il décrit les moyens de la cohérence et traite à la fois de la simultanéité et de la succession harmonieuse de la présence des acteurs.

1. Une spécificité hospitalière ?

L'hôpital n'est pas le seul lieu où la synchronisation des temps des intervenants est une préoccupation. Cette dernière est également présente dans les entreprises à forte consommation humaine. Ainsi, toutes les entreprises de service (ex. : hôtellerie-restauration) sont confrontées à la nécessité de coordonner dans le temps l'action de leurs agents autour des besoins, attentes et demandes du client.

Interrogés par les étudiants de l'Exécutive MBA Santé, Université Paris-Dauphine, dans le cadre de leur travail de recherche, quelques responsables de groupes hôteliers se sont montrés surpris que le problème puisse se poser. Selon eux, dans ces entreprises, il ne viendrait, à l'esprit de personne de faire passer les contraintes des agendas individuels avant celles qui permettent de satisfaire les besoins du client. Selon ces dirigeants, la synergie temporelle du personnel est assurée par la précision de la répartition chronologique des missions décrite dans chaque fiche de poste. Ils ont en général précisé qu'ils adaptaient les ressources humaines à l'activité sur la

base d'une anticipation annuelle reproductible. En outre, ils relèvent que chaque entreprise bénéficie d'une organisation hiérarchique unique et légitime couvrant l'ensemble des employés.

La cohérence des temps des « agents » est-elle un sujet pré-occupant dans les établissements de santé ? Dans les entreprises, la fabrication d'un « produit fini » requiert la contribution d'une dizaine de métiers différents, alors que la prise en charge du patient à l'hôpital nécessite la collaboration (synchrone !) de plusieurs dizaines de métiers différents. La réalisation d'un soin hospitalier au sens large du terme (acte clinique ou technique, consultation) n'est jamais l'affaire d'un seul individu. Elle résulte de l'action coordonnée d'intervenants de différents métiers en divers lieux et temps, dont l'articulation constitue un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des processus de soins.

2. Autour du patient : deux statuts et deux logiques de fonctionnement

Le patient l'ignore. Et le découvre parfois ... à ses dépens. Les « gens » qui le soignent appartiennent à des catégories statutaires très différentes. Cet état de fait est responsable de comportements hétérogènes et explique en grande partie le manque de synergie au sein de ce qui devrait être à ses yeux une seule équipe de soins.

2.1 Les personnels médicaux

Ils comprennent les praticiens titulaires (universitaires ou non), les praticiens temporaires (assistants, contractuels), les internes et les étudiants en médecine. La synchronisation des temps des intervenants autour du patient est affectée par trois caractéristiques qui leur sont propres :

2.1.1 Un manque d'outil pour gérer le temps médical

Dans les établissements publics de santé, les praticiens jouissent généralement d'un statut national unique, protecteur, dont les dispositions sont similaires mais indépendantes de la fonction publique. Le manque d'outils de planification de la présence médicale, l'appréciation du service fait en termes de présence quantitative sur les tableaux de service mensuels, et non sur une activité médicale identifiée, constituent un réel handicap dans la coordination du processus de soins. En outre, les responsables de pôle ou de service répugnent à vérifier l'exactitude de la présence de leurs collègues.

Partie 1

Un sujet encore méconnu

2.1.2 Une pénurie médicale dans certaines spécialités

La pénurie de compétences dans certaines spécialités crée, dans un grand nombre d'établissements, un fort déséquilibre offre-demande. Celle-ci n'est pas sans conséquence sur la posture de ces praticiens ainsi devenus rares et précieux, mais aussi sur l'attitude des chefs d'établissement qui hésitent à exiger de l'ensemble de la communauté médicale le respect des règles de fonctionnement de l'établissement...

2.1.3 Une hyper-spécialisation nuisant au « collectif »

L'expertise est une tendance obligée de l'exercice médical qui se surspécialise de plus en plus. Elle crée les conditions d'une attractivité pour les praticiens mais aussi pour les patients qui recherchent le « spécialiste de ». Dans les CHU, la surspécialisation est encore plus incontournable en ce qu'elle permet d'obtenir le meilleur niveau dans les programmes d'enseignement et de recherche. Mais un praticien dont l'activité est limitée à un segment de sa spécialité a parfois du mal à s'intégrer dans une vision transversale de son service, et pire encore, de son établissement.

2.2 Les personnels dits « non-médicaux »

Ils œuvrent autour du patient et sont des salariés, pour la plupart fonctionnaires, placés sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement. Ce sont des :

- ▶ Personnels des unités de soins : cadres de santé, infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier ;
- ▶ Secrétaires médicales et assistantes médico-administratives : Elles sont comptabilisées dans le personnel administratif dans la fonction publique hospitalière ; mais elles contribuent de plus en plus à la bonne gestion du parcours patient à l'hôpital et à la cohérence des temps des intervenants intra et extrahospitaliers auprès du patient ;
- ▶ Des acteurs exerçant des fonctions transversales dans les établissements de santé : diététiciennes, kinésithérapeutes, brancardiers, psychologues, assistantes sociales, etc.

L'organisation du temps des personnels non-médicaux est structurée par une hiérarchie identifiée, au moyen d'outils robustes et partagés. Ces personnels sont soumis à une évaluation annuelle influençant peu ou prou leur évolution de carrière.

À l'exception de quelques métiers, la majorité des emplois non médicaux ne souffre pas de difficultés de recrutement.

En dehors de quelques emplois spécifiques, les personnels non médicaux relèvent de diplômes polyvalents les conduisant à exercer successivement (voire parfois simultanément) dans plusieurs spécialités.

En l'absence d'un management concerté, ces différences de statut entre personnel médicaux et non-médicaux peuvent générer des comportements autarciques voire antagonistes, source de désynchronisation.

3. Des conséquences non anodines

Tout défaut dans la synchronisation des temps des acteurs autour du patient présente essentiellement trois conséquences.

3.1 L'attente

3.1.1 Pour le patient

Il attend et il s'y attend ! Il attend toujours son soin, sa consultation, son passage au bloc, sa sortie, les informations sur sa prise en charge, etc... Cette attente est un témoin majeur d'une dégradation de la qualité des soins : retard à la prise en charge, anxiété du patient liée à ce retard. La mesure du temps d'attente du patient est un indicateur d'alerte en matière de cohérence et surtout d'incohérence des temps médicaux et non médicaux. Et d'ailleurs, curieusement, on demande rarement au patient de mesurer lui-même son temps d'attente...

3.1.2 Pour les professionnels

Ils s'attendent les uns les autres. De façon récurrente. Souvent avec fatalité...

Il en découle un sentiment de dévalorisation des fonctions soignantes à l'origine de clivages, d'incompréhension ou de micro-conflits quotidiens dont la cause n'est pas toujours comprise et identifiée : « *Si on me fait attendre régulièrement, c'est que mon travail ne vaut pas grand-chose* ». Le ressenti est aussi un manque de solidarité dans l'équipe. « Dans notre service, pourquoi ceux qui ne supportent pas d'attendre font toujours attendre les autres ? ». Ce mépris ressenti fait le lit de la démotivation, impacte fortement l'ambiance dans les équipes et se traduit dans certains indicateurs RH (ex. : absentéisme de courte durée, turn-over).

3.2 La perte d'efficacité

Ces dysfonctionnements, souvent quotidiens depuis de nombreuses années, peuvent générer d'importantes pertes de capacité de prise en charge pour l'établissement :

- ▶ Le retard à la mise en œuvre de la production de soins diminue l'accès aux soins : exemple du délai d'accès à une IRM dans certaines structures...
- ▶ Le manque de disponibilité de certaines prestations allonge inutilement la durée de séjour : patient et établissement sont perdants.

La perte d'efficacité résultant de la désynchronisation des intervenants se lit de deux manières :

- ▶ Perte d'exploitation : elle se traduit par une diminution de recettes liée à une sous-utilisation des installations ;

Partie 1

Un sujet encore méconnu

- Augmentation de dépenses : le recours très coûteux à des heures supplémentaires ou à de l'intérim permet de compenser l'absence d'alignement des congés des acteurs d'une même équipe.

3.3 L'insécurité des soins

La désynchronisation des temps des acteurs autour du patient peut être à l'origine de dysfonctionnements graves pouvant affecter la sécurité des soins, parfois de façon invisible :

- Interruption de tâche = interruption de soins : les interruptions de tâches perturbent la concentration des acteurs sur des activités sensibles (ex. : distribution de médicaments) et peuvent donc être source d'erreurs graves. Elles sont la manifestation d'interfaces insuffisamment organisées : mauvaise gestion des appels téléphoniques, visites inopinées de praticiens, etc. ;
- Retard de mise en œuvre des soins : la désynchronisation des acteurs entraîne fréquemment un retard dans la mise en œuvre des soins au patient (ex. : visite, application du plan de soins). La nécessité de rattraper ce retard peut générer une pression de production, donc du stress, facteur d'insécurité dans la réalisation des soins médicaux et non-médicaux ;
- Déficit de communication : les Événements indésirables graves (EIG) et les accidents comportent toujours un manque de communication au sein de l'équipe. Celui-ci est lié à la diminution des interfaces entre équipes médicales et équipes soignantes, entraînant une modification des pratiques (par exemple suppression de la visite médicale accompagnée par une infirmière). En outre, la diffusion des transmissions numériques a donné le sentiment qu'on pouvait faire l'économie d'échanges directs entre membres de l'équipe et a pu entraîner une perte d'informations sensibles sur le patient.

L'UTILISATION RAISONNÉE DU PROGRÈS NUMÉRIQUE

Les techniques d'information numérique facilitent la continuité et l'exhaustivité de l'information (tout est dans le DPI!). Elles peuvent créer une rupture de la chaîne de communication verbale au sein de l'équipe si l'on ne prend pas garde de définir les règles et limites de leur utilisation. Par exemple, l'accès aux résultats d'examens sur n'importe quel poste informatique ne devrait pas permettre au prescripteur de modifier le traitement du patient sans que les infirmières en soient informées.

3.4 La dégradation des conditions de travail

Les conséquences de la désynchronisation des acteurs en matière de qualité des soins participent à la dégradation des conditions de travail.

Dans l'expérience de ce projet, le ressenti de la pression de production ou de la contrainte de temps a paru beaucoup plus lié au mauvais ordonnancement des activités de soins qu'à leur volume. Ce que l'on appelle « la charge en soins », dont les équipes se plaignent parfois, est souvent confondue avec une addition « d'irritants », sans rapport avec les soins, mais bien corrélé avec la « charge en bazar »

Parmi ceux-ci, les interruptions de tâches, outre leurs conséquences en matière de sécurité des soins, sont au premier rang en ce qu'elles perturbent la continuité de la pensée et génèrent du stress.

Par ailleurs, les retards liés à la désynchronisation génèrent une triple insatisfaction :

- Au début de la journée, lorsque faute d'une coordination de l'équipe, le travail ne commence pas, cela donne un sentiment de dévalorisation du métier. En outre, cela fait entrevoir la nécessité de rattraper le retard et de gérer le mécontentement des patients qui attendent ;
- Le souci de la préservation de la pause-repas peut faire sourire. Au-delà d'un besoin dont personne dans l'équipe ne peut s'affranchir durablement, le temps de déjeuner est aussi souvent un temps de cohésion d'équipe ;
- En fin de journée, lorsque le débordement redouté se produit effectivement, un agacement s'installe, confinant à la fatalité. Au final, ces situations engendrent le sentiment de ne pas bien faire son travail, véritable facteur d'épuisement des professionnels.

ESPACE FUTILE... ESPACE UTILE!

Lorsqu'on a pris du retard, il faut bien le rattraper... en supprimant les espaces - temps qui paraissent compressibles ou futiles. Parmi ceux-ci, les instants de convivialité (ex. : pause-café en début ou fin de visite) sont parmi les premières victimes de la course contre la montre. Superflus les moments où une équipe se met autour d'un café ou d'un déjeuner? Ecoutez! De quoi parlent-ils? De la patiente du 221 qui ne reçoit plus de visite. Puis de la façon de mieux préparer la sortie des patients. Et maintenant, du dernier protocole de prise en charge dans le service.

Et quand bien même parleraient-ils, dans ces instants, de leur vie personnelle, les professionnels y trouveraient un espace propice au collectif de travail. Oui, ces espaces temps sont vraiment indispensables à la vie d'une équipe!

Partie 1

Un sujet encore méconnu

Les équipes projet ont mis en évidence le lien très étroit entre conditions de travail et insécurité dans les soins : l'une alimente l'autre et *vice versa*.

4. Une prise de conscience très lente

Thématique souvent méconnue dans les établissements, la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux est une préoccupation qui s'assimile progressivement. Mais lorsqu'elle est comprise, elle est adoubée et suscite une forte adhésion de l'équipe médicale et non médicale.

Lorsque des dysfonctionnements sont constatés, les causes liées aux personnes sont plus facilement invoquées que les causes organisationnelles collectives : au lieu de dire « *l'interne est toujours en retard pour la visite!* », pourquoi ne pas dire « *il voit un patient aux urgences* » ? Parce que personne ne sait réellement ce que fait l'interne à cet instant.

Au mieux, chaque catégorie professionnelle se réinterroge sur ses organisations propres, mais rarement sur les interfaces au sein du processus global de prise en charge. Cela est renforcé par une vision parcellaire, en lien avec une méconnaissance des missions et contraintes des autres métiers : par exemple, que savent les infirmières de SSPI² des contraintes d'une infirmière du service de chirurgie ?

La méconnaissance des réalités quotidiennes des autres professionnels est renforcée dans la plupart des services par l'organisation des métiers médicaux et paramédicaux qui s'inscrit dans une temporalité et une localisation distincte. Ex. : les médecins « passent dans le service » et les paramédicaux y restent ; de fait, chacun n'a qu'une vision segmentaire du travail de l'autre et s'est habitué à ce fonctionnement.

Par ailleurs, le plaidoyer habituel et fédérateur de « l'insuffisance de moyens » peut occulter le champ des possibles en matière de réflexion et d'évolution des organisations.

Cette prise de conscience est néanmoins grandement facilitée par l'objectivation des temps perdus et de leurs conséquences.

A large, bold white number '2' is centered on a red background. It is flanked by two horizontal white dashes, one above and one below. The background is decorated with several large, dark red, stylized leaf-like shapes that overlap each other.

2

Retours sur
l'accompagnement de
30 établissements

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

Deux vagues d'accompagnement se sont succédées, la deuxième permettant de profiter des expériences acquises avec les premiers établissements et d'intégrer dans la démarche les centres hospitaliers universitaires et un hôpital d'instruction des armées.

1. Établissements contributeurs au projet de cohérence des temps médicaux et non médicaux

CHS ALPES-ISERE
CH Le MANS
CHU AP-HP - Hôpital ROBERT DEBRE
CH de LENS
CHS de BAR LE DUC - FAINS VEEL
CH de MONT DE MARSAN
CH de BASSE-TERRE
CH de MULHOUSE
Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN
CHU de NANCY
CHU de BREST
CH de PAIMPOL
CH de CHALLANS
CH de SENS
CH de CHERBOURG
CH de REDON
CH de DINAN
CH de REMIREMONT
CHI ELBEUF - LOUVIERS - VAL DE REUIL
CHU de RENNES
CH d'EPINAL
CHU de ROUEN
CH de GUINGAMP
CH de SAINT-BRIEUC
INSTITUT DE CANCEROLOGIE de LORRAINE (ESPIC)
CH de SAINT-MALO
CH de LANNION - TRESTEL
CH de TOUL
CH de LAON
CH de VERDUN

2. Le contexte des établissements accompagnés : rien que des cas particuliers

L'ANAP a accompagné 5 types d'établissements : majoritairement des Centres hospitaliers (CH), quelques Centres hospitaliers universitaires (CHU), Centres hospitaliers spécialisés (CHS) et un Centre de lutte contre le cancer (CLCC) et un hôpital d'instruction des armées. La tentation serait forte de catégoriser la mise en œuvre du projet en fonction du statut de l'établissement dans lequel il s'est déroulé ; or il s'est avéré que les conditions de réalisation du projet ont été beaucoup plus dépendantes de facteurs qui n'ont rien à voir avec le statut de l'établissement.

Le premier de ces facteurs de réussite est l'implication de la communauté hospitalière (notamment médicale) dans le choix et la réalisation des actions. L'appui de la gouvernance de l'établissement, notamment dans la mise à disposition des ressources, a également été déterminant. Un paramètre plus inattendu a été constaté : c'est celui de la pénurie de praticiens hospitaliers en exercice, conduisant à être plus « précautionneux » avec des personnalités certes productives mais néanmoins contrariantes vis-à-vis de l'âme du projet... Ce facteur a été observé aussi bien dans des CH que dans des CHU.

En psychiatrie, les mêmes irritants se rencontrent : spécialité aux organisations spécifiques, la qualité de la gestion des interfaces entre les acteurs est aussi essentielle qu'ailleurs. Par exemple, l'attente incompressible par certains patients peut générer de la violence, facteur de risque tant pour le patient lui-même que pour son entourage.

Une mention spéciale pour les communautés hospitalières militaires : les consignes y sont respectées, les temps de réunion y sont sanctuarisés dans les agendas, le déroulement du projet y est facilité. Mais la synchronisation est rendue difficile par les contraintes inhérentes à l'organisation militaire, notamment la participation des équipes à des opérations extérieures dont les bornes temporelles restent approximatives.

Par ailleurs, la troisième étape du projet avait pour but, en intégrant des CHU dans le panel des établissements accompagnés, d'examiner si les obligations universitaires pouvaient être un élément perturbant de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux. Même si les activités universitaires des praticiens gagneraient souvent à être mieux anticipées, il n'a pas été noté de différences majeures avec les centres hospitaliers. Toutefois les surspécialisations médicales en CHU provoquent une fragmentation des prises en charge, ajoutant un niveau de complexité supplémentaire.

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

3. Profil des chefs de projet des établissements accompagnés par l'ANAP

Lors de l'engagement de leur établissement dans le projet, le directeur et le président de la CME ont désigné un binôme chef de projet pour assurer le pilotage des actions menées au sein de chacun des établissements. Presque tous les établissements ont proposé un médecin et un soignant pour constituer le binôme.

Figure 1 : Profil des binômes chefs de projet

Profil	Nombre d'établissements concernés
Praticien hospitalier (PH) et assimilé	25
Dont président(e) ou vice-président(e) de CME	12
Coordonnateur général des soins ou directeur des soins	18
Cadre supérieur de santé (CSS)	9
Directeur des ressources humaines (DRH)	3
Directrice-adjointe (DA)	3
Directeur des affaires médicales (DAM)	4

Certains chefs de projet investis de fonctions nombreuses et lourdes se sont adjoint un collaborateur chargé notamment d'assurer la logistique des réunions de travail (convocations, rédaction de documents, etc.). Cet appui a souvent été un élément déterminant dans l'avancement du projet.

4. Palmarès des pistes accompagnées

92 pistes ont été travaillées avec les établissements contributeurs des deux dernières étapes du projet.

Certaines thématiques, qui illustrent des sujets de préoccupation récurrents dans les établissements, ont été choisies plus fréquemment que d'autres.

Bien que souvent méconnue, la thématique « championne » en termes de prévalence au cours des 4 années du projet est celle de la synchronisation des acteurs dans les unités de soins et/ou lors de la visite clinique. L'acuité des difficultés de coordination des acteurs et des activités de soins se trouvant renforcée par les nouvelles modalités d'hospitalisation des

patients, ce sujet est retrouvé quasiment systématiquement dans les structures participant au projet. Ce constat renforce notre conviction que **la non-synchronisation des temps médicaux et non-médicaux n'est pas décelée si on ne la cherche pas spécifiquement.**

De même, la thématique de la synchronisation des acteurs en unités ambulatoires est fréquemment travaillée. En effet, ces unités, à fort enjeu de fluidité du parcours du patient, se trouvent dans la nécessité d'une parfaite coordination des acteurs pour un enchaînement harmonieux des différentes étapes du parcours patient.

Le constat sur ces deux thématiques principales démontre **l'importance de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux pour optimiser le parcours du patient en établissement de santé et réduire la durée non-pertinente des séjours hospitaliers.**

Enfin, les blocs opératoires qui cumulent la conjonction de l'arrivée à l'heure du patient, des nombreuses interactions professionnelles (chirurgiens, anesthésistes, personnels paramédicaux du bloc, personnels transversaux tels que brancardiers) et des interfaces avec d'autres services (unités d'hospitalisation, stérilisation, etc.) sont des lieux où l'articulation des temps professionnels est incontournable et permet de prévenir bien des irritants.

Figure 2 : Fréquence des thématiques de travail dans les ES du projet



Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

Un sujet de préoccupation majeur et transversal dans les établissements, apparaît comme peu identifié : l'anticipation des congés, notamment médicaux dont l'impact est crucial sur un grand nombre de pistes (ex. : « consultations externes », « bloc opératoire »). Ce sujet a souvent été traité dans le cadre de chacune des pistes concernant un service ou un plateau technique.

Un thème de travail également important et non cité en tant que tel est celui du lissage de l'activité hebdomadaire, dépendante de l'agenda des praticiens, qui fait alterner des épisodes récurrents de surcharge de travail et de sous-activité, notamment dans les unités ambulatoire, de consultations, de plateaux techniques (ex. : imagerie)

DES CONSÉQUENCES EN CASCADE

Un constat de ce projet est l'impossibilité de mettre en œuvre une amélioration de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux de façon segmentaire sans s'intéresser à l'amont, à l'aval, aux à-côtés, aux interrelations, etc.

Par exemple, il est vain de tenter d'organiser la visite en chirurgie sans se soucier de l'organisation existante au bloc opératoire : l'ubiquité ne saurait être inscrite dans le profil de poste du chirurgien. Ou encore, synchroniser les acteurs du service d'imagerie peut avoir pour conséquence, si l'on n'y prend pas garde, de désynchroniser ceux des services d'hospitalisation.

UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE

Il est apparu que focaliser la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux sur quelques sites isolés et volontaires comporte le risque de passer à côté de la nécessaire dynamique d'établissement (incluant les sceptiques) qui doit porter ce projet.

Il convient d'éviter que le thème de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux soit uniquement le fait de quelques militants (surtout des cadres...) pouvant rapidement passer pour utopistes.

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

5. Caractéristiques des principales pistes mises en œuvre

D'une manière générale, les pistes décrites ci-dessous ont été mises en œuvre par les équipes en trois à six mois.

Figure 3 : Exemple de pistes fréquemment travaillées dans les établissements accompagnés

Intitulé de la piste	Objectifs spécifiques de la piste	Actions conduites	Freins - leviers	Résultats obtenus
Organisation des visites médicales en unité de soins	Stabiliser une organisation consensuelle. Cadrer des objectifs, des temps et des modalités de visite, faciliter un temps de synthèse interprofessionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sécuriser les prescriptions...; ▶ Imposer la sanctuarisation des temps de soins communs et individualisés par métier. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Définition en équipe des différents temps professionnels; ▶ Sélection des indicateurs à mesurer; ▶ Formalisation de l'organisation et de l'objectif de chaque typologie de visite (« grande visite », contre-visite, visite des sortants, ...); ▶ Formalisation de l'objectif et de l'organisation des différents temps d'échanges (relève, staff, revue de dossiers, etc.); ▶ Définition des attendus vis-à-vis de chaque groupe professionnel; ▶ Formalisation de l'organisation des visites et des transmissions; ▶ Rédaction d'une charte de fonctionnement du service. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agendas, pratiques individuelles et surspécialisations des praticiens; ▶ Antagonismes statutaires historiques...; ▶ Défaut de créativité et fatalisme des équipes. – ▶ Intérêt commun à agir : <ul style="list-style-type: none"> • Dynamique d'équipe, de service, de pôle, voire d'établissement; • Tensions sociales; • Crainte de l'insécurité dans les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Horaires de visite et de transmissions formalisés, acceptés et globalement respectés; ▶ Diminution des interruptions de tâches médicales et paramédicales; ▶ Sentiment d'une meilleure cohésion d'équipe; ▶ Amélioration de la satisfaction au travail; ▶ Réduction de la DMS par meilleure coordination des soins.
Synchronisation des acteurs en hôpital de jour de médecine et de chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fluidifier le parcours patient; ▶ Structurer une organisation adaptée aux missions du service. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Analyse des fluctuations d'activité; ▶ Ajustement du cadre organisationnel en recherche de lissage de l'activité (programmation notamment); ▶ Élaboration des chemins cliniques dans l'unité; ▶ Formalisation et partage de la charte de fonctionnement de la structure; ▶ Articulation des organisations avec les services partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pluridisciplinarité : nombre élevé d'intervenants; ▶ Difficulté d'observance des règles édictées. – ▶ Intérêt du patient; ▶ Image de marque de la structure; ▶ Militantisme de l'ambulatoire, notamment chez les soignants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Simplification du parcours patient; ▶ Réduction des temps d'attente des patients; ▶ Augmentation du taux de rotation sur les places; ▶ Amélioration de la coordination service ambulatoire / services prestataires.

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

Intitulé de la piste	Objectif spécifique de la piste	Actions conduites	Freins - leviers	Résultats obtenus
Cohérence des interventions sur les plateaux techniques : bloc opératoire, consultations et imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduire les temps d'attente; ▶ Diminuer des tensions interprofessionnelles; ▶ Augmenter l'efficacité; ▶ Diminuer le nombre de déprogrammations/reprogrammations; ▶ Réduire les débordements; ▶ Améliorer la satisfaction du patient; ▶ Renforcer l'image de marque de la structure. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilan des dysfonctionnements horaires et de leurs conséquences; ▶ Élaboration d'objectifs consensuels; ▶ Formaliser les règles d'organisation dans une charte de fonctionnement; ▶ Rappel à l'ordre des contrevenants à la règle; ▶ Mise en cohérence opérationnelle des organisations. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antagonismes statutaires; ▶ Désinvolture ou non-respect des horaires et absences; ▶ Interférences avec les agendas extérieurs; ▶ Bénéfices secondaires de la désorganisation... – ▶ Responsabilisation des acteurs (ex. : objectifs de résultat); ▶ Craintes liées à la précarité de l'activité, de la structure. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diminution du délai d'attente pour les malades et les professionnels; ▶ Diminution du nombre d'heures supplémentaires; ▶ Augmentation d'activité; ▶ Indicateurs d'activité et d'organisation conformes à l'attendu.
Synchronisation secrétariats / praticiens	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Améliorer l'accessibilité et la continuité de l'accueil de la patientèle; ▶ Fluidifier la production de courriers et CR; ▶ Améliorer l'image de marque de la structure ▶ Renforcer la synergie médecins / secrétariat / équipes; ▶ Diminuer les interruptions de tâches. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cartographie des besoins et de l'offre des secrétariats en termes d'horaires, de volume d'activité et de compétences attendues; ▶ Définition d'une offre adaptée aux besoins : horaires, répartition des activités, effectifs en personnel, etc.; ▶ Actualisation des procédures et des horaires de fonctionnement (charte de fonctionnement des secrétariats et profils de postes). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pratiques individuelles erratiques; ▶ Attachement à une « zone de confort » historique. – ▶ Critère qualité national (délai d'envoi du CR); ▶ Image de marque de l'établissement; ▶ Intérêt du patient (accessibilité par ex.). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduction du délai d'envoi du CR; ▶ Amélioration de l'accessibilité (web, téléphone) pour la patientèle; ▶ Augmentation de l'amplitude d'ouverture des secrétariats; ▶ Amélioration de l'adéquation de l'offre aux besoins.
Planification concertée des congés et absences	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anticiper les congés pour synchroniser les acteurs; ▶ Ajuster la capacité de soins au regard des besoins prévisibles et du potentiel des services; ▶ Éviter les annulations inopinées du fait de l'établissement; ▶ <i>In fine</i>, améliorer l'efficacité médico-économique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Analyse des modalités de planification et de transmission de l'information des congés planifiés (Qui? Comment? Vers qui?); ▶ Élaboration d'une règle commune de planification des congés (objectif d'antériorité notamment); ▶ Structuration d'un circuit simple et efficace de communication de l'information des absences à intégrer dans les agendas (praticien, consultations, plateaux techniques, service,...); ▶ Intégration de cette règle dans la charte de fonctionnement du service. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Habitudes ancrées; ▶ Personnalités individualistes non concernées par une organisation collective... – ▶ Équité de traitement; ▶ Facilitation de la pose des congés pour la majorité des praticiens; ▶ Détermination de l'autorité administrative; ▶ Pression des autres services; ▶ Amélioration de l'exercice professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmentation du taux d'anticipation des congés > 4 mois; ▶ Diminution du recours à l'intérim (notamment médical); ▶ Diminution des annulations / reports inopinés.

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

6. Le management du projet

LES PRATICIENS DANS LE PROJET

Malgré l'importance d'un pilotage par un binôme médico-paramédical, l'acceptation et la participation des praticiens à ce projet de nature transversale ne paraissent pas aller de soi. Certes, la conduite des projets a été largement assurée par des cadres, réputés plus disponibles (?) mais, dans la plupart des établissements, les praticiens (souvent le président de CME), malgré une disponibilité limitée, se sont impliqués dans la mise en œuvre des actions conduites.

L'intérêt des praticiens pour ce projet peut s'expliquer de plusieurs façons :

- ▶ « L'intérêt supérieur » du patient rassemble inévitablement tous les hospitaliers;
- ▶ Les impacts du projet en matière de sécurité des soins ne peuvent pas laisser indifférent : interruptions de tâches, défaut de communication, pression de production, retards de prise en charge...;
- ▶ Les praticiens ressentent les effets d'une désynchronisation des acteurs sur leur exercice professionnel : attente au bloc opératoire, plaintes des patients, dérangements itératifs, mauvaise visibilité sur l'organisation des congés...;

Cette implication a été facilitée par la fixation d'horaires de réunion compatibles avec l'emploi du temps des praticiens. Par exemple, les réunions en matinée ont été désertées par les médecins occupés par leurs activités cliniques alors que celles programmées en fin d'après-midi leur étaient plus accessibles. Les temps de repas ont été des moments de travail favorables.

D'heureuses surprises...

- ▶ La découverte que le sujet était déjà latent dans de nombreuses têtes avant l'arrivée de l'ANAP : la mise en œuvre du projet a souvent correspondu à une demande non encore exprimée et a même parfois constitué un soulagement. Peut-être une explication à l'obtention de résultats très rapides;
- ▶ L'éclairage du projet a permis de résoudre de nombreuses difficultés non traitées ou abordées par d'autres approches telles que la revendication de moyens et dont la cause racine n'avait pas été élucidée : désorganisation de la visite, dysfonctionnements dans les unités ambulatoires, désorganisation des fonctions transversales (kinésithérapeutes, assistantes sociales, diététiciens);

- ▶ Les conséquences de la mise en œuvre du projet ont eu des effets inattendus et mesurables sur la cohésion d'équipe, élément fort de la qualité de vie au travail (ex. : meilleure attractivité des emplois y compris médicaux, développement d'initiatives innovantes communes médico-soignantes);
- ▶ La cohésion du binôme médico-paramédical a permis un succès beaucoup plus rapide : les binômes solidaires ont réussi à emporter toutes les convictions.

... Mais aussi de moins bonnes

- ▶ La complexité de cette thématique, méconnue des communautés hospitalières, a souvent nécessité de la part de ces dernières une période d'assimilation du sujet plus longue que prévue;
- ▶ À l'inverse, dans certains établissements, il a été difficile de canaliser les ambitions au regard des moyens. Le recentrage du projet sur un périmètre plus modeste a permis de dépasser cette difficulté;
- ▶ Entre prétexte et réalité, l'argument du manque de disponibilité de certains acteurs a parfois été un frein voire une cause d'échec et d'arrêt du projet;
- ▶ L'avalanche de projets internes et externes à l'établissement a été un facteur de dispersion des énergies;
- ▶ La culture du travail en « mode projet » est parfois apparue insuffisamment appliquée et a donné lieu à une dérive de calendrier dans le meilleur des cas, voire à une absence de résultat dans d'autres;
- ▶ L'anticipation insuffisante des réunions administratives à tous les échelons (locaux, régionaux, nationaux) peut perturber les emplois du temps notamment des praticiens.

Les bons leviers

- ▶ Choisir prioritairement le levier de la qualité/sécurité des soins permet de rassembler les équipes;
- ▶ Mesurer les résultats et les communiquer, y compris les mauvais, à toutes les étapes du projet entretient la motivation;
- ▶ Même s'il est plus facile de s'adresser à des personnes désireuses de faire, ne pas prêcher que les convaincus;
- ▶ S'appuyer sur l'analyse des professionnels de terrain est le point de départ incontournable du projet : un projet parachuté, souvent trop à distance pour bien remédier aux difficultés rencontrées, a peu de chances d'aboutir.

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

LES AVATARS D'UN ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement des établissements à la mise en œuvre de ce projet par l'ANAP et ses prestataires avait l'objectif de fournir aux équipes hospitalières un appui méthodologique dans leur propre action. « Faire à la place de » aurait comporté le risque d'une disparition de la dynamique et des acquis à la fin de la mission.

Et pourtant cet accompagnement a parfois été vécu de façon tellement passive que l'équipe ANAP a dû, pour éviter un enlèvement, se substituer aux acteurs en charge du projet dans les établissements. Avant de répondre à un appel à candidatures d'un projet, un établissement doit prendre en compte l'évaluation des moyens à mettre à la disposition du projet pour assurer sa mise en œuvre : temps à sanctuariser par une lettre de mission par exemple ou encore renoncement à d'autres projets.

La pression des échéances

C'est bien connu, on ne rend sa copie qu'au dernier moment. On ne la rend pas avant parce qu'on ne l'a pas faite...

Et il est quand même très gênant pour les professionnels de se retrouver avec une page blanche en réunion collective devant des « méthodologistes » venus d'ailleurs.

L'un des objectifs d'un accompagnement par un prestataire extérieur est d'imposer un rythme dans le projet. L'ANAP a souvent l'impression qu'elle dérange avec ses outils un peu techniques. Il n'empêche que dans le cadre de ce projet, ce sont ces outils (plan d'actions, suivi des indicateurs, planning des réunions, support de réunion, etc.) qui ont permis d'obtenir, dans les temps, la plupart des résultats obtenus et d'éviter le syndrome de la « diapo blanche »...

7. Synthèse des enseignements du projet

Les enseignements de ce projet ne sont pas forcément spécifiques au thème de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux. Certains constats sont récurrents, notamment l'impact de la qualité de la chefferie de projet et du positionnement de la gouvernance. La spécificité des enseignements de ce projet réside dans l'engouement qu'il a suscité au sein des équipes de terrain, avec une exigence plus forte de pilotage.

Une plus grande autonomie...

Au cours de l'accompagnement, la méthodologie a évolué vers une plus grande autonomie des établissements accompagnés en matière de mise en œuvre du projet. Il est en effet apparu, après la publication de la première édition du guide méthodologique, que les communautés hospitalières étaient capables, en s'appuyant sur le contenu de ce guide, de réaliser elles-mêmes le

diagnostic, voire la mise en œuvre des actions à mener en matière de synchronisation des temps médicaux et non médicaux.

Une plus grande responsabilisation...

Par ailleurs, cette méthodologie a fait appel à une plus grande responsabilisation des chefs de projet dans les établissements accompagnés. Celle-ci a cependant été appliquée diversement :

- Certains chefs de projet, prévoyant le temps nécessaire, se sont emparés du sujet dans l'établissement en pilotant de manière autonome l'avancement de leurs travaux, ce qui leur a permis d'atteindre leurs objectifs dans les délais
- À l'inverse, d'autres responsables de projet, en attente d'une intervention « clé en mains » de l'intervenant extérieur, ont éprouvé des difficultés pour s'approprier la démarche, impulser le dynamisme nécessaire aux équipes projet et obtenir les résultats escomptés.

S'ASSURER QU'ON A LE TEMPS DE RÉALISER SES AMBITIONS....

La sanctuarisation du temps nécessaire à la chefferie d'un projet est une condition préalable et essentielle de sa réussite. Il a parfois été mal apprécié dans des établissements très ardents à mettre en œuvre le projet, mais ne disposant pas des ressources nécessaires à son pilotage : certaines équipes sont passées « en roue libre » et se sont démobiliées, alors qu'elles étaient très motivées et en forte demande.

Un encadrement par des jalons

La capacité à poser, voire imposer des jalons par des réunions sur site ou des points téléphoniques a été renforcée par l'anticipation des étapes du calendrier. La programmation sur la totalité du projet a permis à certains établissements de s'assurer de la disponibilité des acteurs du projet. Ces jalons bimensuels, parfois synonymes de contrainte (« ça revient vite ! »), ont été un point fort de l'accompagnement en cadencant le calendrier.

Le respect des plans d'actions

L'utilisation d'un plan d'actions, même si elle a pu de prime abord paraître fastidieuse (« votre tableau est compliqué ! »), a permis de mettre en évidence régulièrement le niveau d'avancement du projet et les besoins d'ajustement... Par ailleurs, l'appropriation des outils a permis à certains chefs de projet d'en faire œuvre utile pour cette démarche et même pour d'autres.

L'émergence d'un nouveau sujet

Le développement des prises en charge ambulatoires, tant en médecine qu'en chirurgie, ainsi que l'ajustement des durées de séjour aux besoins du patient a amené une partie des établissements accompagnés à recomposer leur offre d'hospitalisation conventionnelle par regroupement et mutualisation de plusieurs filières au sein d'un même service. Ce changement majeur n'est

Partie 2

Retours sur l'accompagnement de 30 établissements

pas sans conséquences sur l'organisation des soins dans ces nouvelles unités pluridisciplinaires : la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux, qui est déjà un facteur de raccourcissement des séjours, y est devenue un impératif de premier ordre. Dans ces structures, les principaux éléments d'anticipation observés pour maintenir la qualité des soins et la qualité de vie au travail des salariés sont :

- ▶ L'anticipation des organisations : formaliser dans une charte d'organisation les temps interprofessionnels communs (visites, relèves) et les temps dédiés aux soins;
- ▶ Le lissage hebdomadaire des activités médicales : profiter de la réorganisation pour interroger l'articulation des différentes activités médicales et leur répartition dans le temps sur une semaine type;
- ▶ L'accompagnement des compétences : organiser l'acquisition des nouvelles compétences pour les personnels paramédicaux et mettre en place un tutorat via des référents de spécialité.

8. Au bénéfice du patient...

La plus belle bannière qui fédère les hospitaliers, c'est la qualité des soins. C'est celle qui donne le plus de sens au travail en équipe autour du patient. Le soin est une action collective : tout le monde est d'accord. Reste à coordonner cette action...

L'initiative aux équipes de terrain

Les équipes médico-soignantes sont les premières à innover en matière de conditions de prise en charge des patients. Les meilleures initiatives naissent du terrain et ne se propagent pas si on ne les écoute pas, si on ne les regarde pas. Elles ne sont jamais le fait d'un seul individu, mais plutôt le fruit d'une réflexion et d'une expérience collective.

Dans le cadre de ce projet, c'est au sein des équipes de soins que l'ANAP a accompagnées que sont nées spontanément les plus belles initiatives de coordination des acteurs du parcours du patient.

Une clé d'entrée porteuse de sens

Travailler sur la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux n'est qu'une des clés d'entrée dans les organisations de l'équipe de soins au service du patient. Mais elle est porteuse de sens. Lancer, au sein d'une équipe médico-soignante, à partir d'éléments mesurables, ce sujet d'apparence anodine permet d'aborder nombre d'autres préoccupations : respect du patient, amélioration de la sécurité des soins, qualité des échanges interprofessionnels, sentiment d'appartenance, solidarité au sein d'une équipe, réduction des interférences, meilleure organisation du travail pour alléger la charge de chacun, etc. Et d'y trouver des solutions.

Pas de conviction sans preuves

La synchronisation des temps des acteurs d'une équipe ne se décrète pas : elle ne peut se construire que grâce à la conviction de chacun, basée sur des valeurs partagées. Cette conviction doit s'alimenter de critères objectifs pour s'initier, se pérenniser et se propager. Au-delà de la mesure du temps perdu pour tous, les meilleures preuves se liront dans la satisfaction des patients et celle des professionnels qui les prennent en charge.

DIX POINTS CLÉS POUR RÉUSSIR

1. Prendre le temps d'informer les équipes et de légitimer le projet. Sinon, renoncer...
2. Convaincre de l'intérêt de cette démarche pour le patient, pour les professionnels et pour l'établissement. Repérer les acteurs moteurs et les professionnels réfractaires.
3. Proposer un cadrage du projet. « *Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement* » (Boileau).
4. Favoriser une démarche ascendante pour le repérage des sites sensibles. Les acteurs de terrain et les patients sont une source d'idées inépuisable.
5. Susciter sans l'imposer la réflexion sur les périodes sensibles. Aborder les congés suscite toujours l'intérêt.
6. Ecouter, rassembler et hiérarchiser les propositions d'action. Ne parlez pas tous à la fois!
7. Choisir les pistes d'action les plus exemplaires et les leaders qui vont les porter. Tout ne pourra pas être fait simultanément.
8. Définir les indicateurs et évaluer régulièrement la progression du projet. Un peu d'autosatisfaction ne fait jamais de mal...
9. Tirer un bilan sans concession de chaque action mise en œuvre. « *Sans la liberté de blâmer, il n'est pas d'éloge flatteur* » (Beaumarchais).
10. Déployer les réalisations exemplaires dans l'établissement. Ne pas vous reposer sur vos lauriers...



—

3

—

Les grands
classiques de
la désynchronisation

—

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

La désynchronisation des temps médicaux et non-médicaux est en grande partie liée à un agenda professionnel complexe : l'activité des praticiens est par essence multi-sites alors que les pratiques soignantes sont souvent mono-site.

Tous les secteurs de soins en équipe pluri professionnelle peuvent être concernés par l'optimisation de la cohérence des temps médicaux / non médicaux.

Néanmoins, certains d'entre eux sont plus sensibles car :

- ▶ La convergence des métiers y est particulièrement indispensable ;
- ▶ La désynchronisation des temps peut avoir des conséquences majeures : plusieurs acteurs peuvent être immobilisés par le retard d'un seul ;
- ▶ Les impacts sur la performance de l'établissement sont importants : insatisfaction des patients, démotivation des personnels, gaspillage de ressources, perte d'exploitation et coûts de fonctionnement majorés.

1. Les lieux à haut risque

Les « points chauds » de la désynchronisation sont des temps ou des services où se croisent des métiers différents. Les situations observées comme étant à risques sont :

- ▶ Les services hospitaliers avec des temps interprofessionnels
 - Visites dans les unités de soins ;
 - Interventions des équipes transversales ;
 - Articulation avec les plateaux techniques.
- ▶ Les services à fort enjeu de fluidité du parcours du patient
 - Les consultations ;
 - Les blocs opératoires ;
 - Les services d'imagerie ;
 - Les plateaux ambulatoires.

1.1 La visite médicale : un moment important, facile à désorganiser

Il y a chaque jour dans toutes les unités de soins une visite médicale, aboutissant à une décision relative à la prise en charge du patient. En conséquence, tout retard dans la prescription médicale impacte l'organisation des équipes paramédicales. C'est dire l'importance d'une formalisation de l'organisation de la visite dans la mise en œuvre des soins dans une unité.

25

TOUS VICTIMES?

« Éviter que la visite soit l'activité qu'on fait quand il n'y a plus rien d'autre à faire. » (Céline R, CCA)

« Il est passé où, encore, l'interne ? » « Il a été appelé à la consult. » (Delphine C, IDE)

« C'est sûr que si vous venez maintenant, sans prévenir pour faire la visite, vous allez être bien accueilli ! » (Martine D, CDS)

« L'infirmière a défait le pansement, mais le docteur n'est pas passé. Et moi j'attends ! » (Raymond R, patient)

1.1.1 Les causes de désynchronisation des acteurs autour des temps de visite

Elles sont multifactorielles :

- ▶ La principale cause est liée à l'occupation des praticiens, parfois inopinée, dans d'autres secteurs de l'établissement. Ainsi, l'heure et la durée de la visite sont potentiellement liées à l'organisation d'autres unités (bloc opératoire, consultations...);
- ▶ La tendance à la sur-spécialisation des praticiens les amène à ne prendre en charge qu'une partie des hospitalisés d'une même unité alors que les soignants sont dans la polyvalence

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

et sont donc amenés à avoir de multiples interlocuteurs médicaux. Dans les services mutualisés ou accueillant des hébergements d'autres spécialités, l'organisation des visites peut devenir un vrai casse-tête;

- ▶ En outre, dans un grand nombre d'unités de soins, les praticiens souhaitent personnaliser leur relation avec les patients qu'ils suivent. Cette dernière les conduit à visiter sélectivement une partie des hospitalisés, ce qui complique la tâche d'une équipe soignante contrainte de faire « la visite à la carte »;
- ▶ Les visites survenant à des heures variables empêchent les soignants d'y participer, désorganisent leurs activités ou les obligent à interrompre leur tâche. À défaut, le praticien est privé de la connaissance du patient détenue par le soignant et le soignant est amené à déranger le praticien à distance pour recueillir les informations manquantes;
- ▶ Enfin tous les acteurs de la visite sont fréquemment dérangés par des interventions extérieures, notamment le téléphone.

Toutes ces désorganisations potentielles sont non seulement source de détérioration de la qualité de prise en charge des patients mais aussi source de délitement des liens au sein des équipes.

LES YEUX DU PATIENT...

Il y a un consensus sur l'idée que la visite idéale pourrait associer le ou les praticiens et les soignants concourant aux soins. Ce devrait être notamment, aux yeux du patient, un moment symbolique de la capacité de l'équipe médico-soignante à coopérer harmonieusement.

Mais en pratique, de nombreuses équipes ont été obligées d'opter pour un système de visites séquentielles (par ex. : « visite assise » collective puis visite médicale individuelle). Cette recherche de gain de temps s'est souvent traduite par un manque de communication entre les membres de l'équipe.

Un dysfonctionnement qui n'échappe pas aux yeux du patient, qui identifie vite le défaut de cohésion entre les membres de l'équipe...

Depuis la « grande visite patronale », qui immobilise toute une matinée l'ensemble du staff médical et paramédical du service, jusqu'au circuit furtif d'un praticien pour ses propres patients, il y a autant de modèles possibles que d'équipes pour atteindre l'objectif des visites : formaliser la décision médicale et la transmettre au malade et aux équipes de soins.

1.1.2 Proposition d'éléments méthodologiques

Le tableau ci-contre propose quelques éléments de réponse aux questions habituelles sur l'organisation des visites.

1.2 Le bloc opératoire, un théâtre singulier

C'est LE lieu de rencontre de très nombreux acteurs, de multiples métiers. Des contraintes différentes et l'évolution dans un environnement clos, où l'anxiété et le stress sont permanents, peuvent expliquer de nombreuses tensions. C'est dans ces situations que peuvent s'exprimer des personnalités « difficiles » qu'il est compliqué de recadrer à chaud.

1.2.1 État des lieux

Si le script n'est pas parfait, le bloc opératoire rassemble tous les éléments d'un haut lieu de désynchronisation des acteurs. Les conséquences peuvent alors être lourdes tant pour les patients qui subissent des délais allongés de prise en charge que pour les professionnels qui entrent dans une spirale de démotivation ou de fatalisme.

CES PETITS RIENS QUI FONT LA DÉSYNCHRONISATION ET LE LIT DES IRRITANTS....

▶ **Le retard au démarrage.** Il est souvent dénoncé, mais rarement bien analysé. Il répond à des causes multiples dont la plupart sont liées à une désynchronisation dans la chaîne de prise en charge du patient :

- Patient non prévenu de son heure de passage au bloc;
- Horaire de passage au bloc non connu du service de chirurgie (parce qu'il a été changé sans que personne ne le sache...);
- Dossier non prêt;
- Brancardiers mal informés;
- Ascenseur sur-occupé;
- Embouteillage à l'arrivée au bloc opératoire;
- Matériel requis indisponible;
- Indisponibilité d'un anesthésiste sur chaque salle au même moment;
- Controverses sur l'induction anesthésique en l'absence du chirurgien.

▶ **Le temps inter-intervention.** Chaque acteur le mesure à sa façon et l'adapte à sa convenance; l'équipe se démobilise :

- Le chirurgien qui laisse l'interne terminer l'intervention pour quitter le bloc opératoire, promet de revenir « dès qu'on l'appellera »...
- L'IBODE ne se presse pas pour appeler le malade suivant et l'appel du brancardier n'a pas été anticipé car il n'y a pas de concertation au sein de l'équipe;
- Les organisations et les interfaces ne sont pas formalisées : chacun prend son temps (« et si on pouvait manger vite fait un petit bout... »).

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

Figure 4 : Éléments de réflexion pour l'organisation de la visite en service

Questions à poser	Éléments à prendre en compte
<p>Qui et comment décider de l'organisation de la visite?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui décide? ▶ Comment décider des objectifs de la visite? ▶ Quelle analyse de la pertinence des organisations retenues? ▶ Quelles relations le service souhaite-t-il promouvoir? (personnalisées praticien / patient <i>versus</i> transversalité de prise en charge par équipe de praticiens). 	<p>Le management médico-paramédical est responsable de l'organisation des visites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le binôme médico - paramédical est garant de l'organisation des soins (et donc de visites) dans le service; ▶ Les objectifs sont idéalement définis en équipe et formalisés dans une charte de fonctionnement; ▶ La pertinence des choix stratégiques et de l'organisation de la visite sont évalués au travers d'indicateurs; ▶ Les relations personnalisées praticien / patient sont un élément fort de qualité des soins et d'attractivité pour la patientèle et les praticiens. Toutefois la continuité des soins doit être assurée dans un même service par une fonction médicale transversale.
<p>Quelles finalités pour la visite?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Quelles sont les finalités de chaque type de visite? « Grande visite »? Visites « ciblées »? Accompagnée par une infirmière? ▶ Quelles sont les missions attendues des acteurs? ▶ De quelles informations a-t-on besoin? ▶ Quels sont les « produits de sortie » de la visite? Prescriptions? Ordonnances? Liste des sorties? 	<p>Un travail d'équipe pour une vision partagée des finalités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Définir et formaliser les objectifs de la visite : <ul style="list-style-type: none"> • Lister et décrire chaque type de visite mis en place dans le service, • En définir les objectifs, • Formaliser les rôles de chacun, • Afficher le planning des visites médicales, • Lister les activités à réaliser / documents à produire; ▶ Identifier les informations attendues de la part de chaque professionnel (PNM- PM).
<p>Quelles compétences et quels acteurs sont requis?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Quel niveau de séniorisation? ▶ Place des internes? ▶ Quels cas particuliers (ex. : prise en charge des pathologies médicales en chirurgie)? ▶ Comment économiser le temps précieux des acteurs? 	<p>Des compétences et des acteurs en phase avec les objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lister les compétences et les acteurs requis pour chaque type de visite : <ul style="list-style-type: none"> • Internes / séniors, • Chirurgien / MAR voir gériatre / médecin, • Visites spécifiques (ex. : urgences, sorties); ▶ Définition des modalités de prise en charge des cas particuliers; ▶ Penser à optimiser la présence des acteurs pour économiser leur temps.
<p>Quelle organisation de la visite veut-on?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La visite le matin et contre-visite l'après-midi? Ou l'inverse? ▶ Quelle durée? ▶ Comment éviter les interruptions de tâches pour les soignants mais aussi pour les praticiens? ▶ Quel impact de l'organisation de la visite dans une unité sur les autres secteurs d'activité : bloc, consultation, plateau d'exploration, équipes transversales, etc.? 	<p>Une organisation définie pour une visite efficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Positionner la temporalité pertinente des différentes visites; ▶ Cerner le temps dédié : durée estimée, heure de début et de fin; ▶ Mettre en place des outils / protocoles pour faciliter l'identification des éléments à transmettre par les soignants (ex. : patients nécessitant une décision rapide, cas complexes à montrer aux praticiens seniors); ▶ Sanctuariser le temps de visite dans les horaires prévus, pour que chaque professionnel puisse ensuite vaquer à ses activités sans interruption.
<p>Quels modes de transmissions praticiens - soignants?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le dossier patient peut-il remplacer l'échange verbal entre professionnels? ▶ Quelle préparation / contribution des infirmiers à la visite? ▶ Quel retour des praticiens après la visite? 	<p>Modalités de transmissions définies, sécurisation renforcée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Importance de l'échange direct; ▶ Définir la présence des infirmiers sur un temps donné; ▶ Définir les modalités de synthèse médicale de la visite auprès de l'équipe soignante.

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

Les signes de désynchronisation des acteurs sont assez facilement visibles, sous réserve de bien vouloir les regarder et les objectiver au travers d'un suivi régulier d'indicateurs. Mais avant de s'attaquer à ces désynchronisations, il faut toujours imaginer qu'elles puissent être bien acceptées voire qu'elles arrangent une grande partie des acteurs....

1.2.2 Proposition d'éléments méthodologiques : le traitement des causes emblématiques de désynchronisation est primordial.

- ▶ La prise en compte des absences et congés des praticiens dans la programmation passe par une procédure d'identification et de communication des indisponibilités trois mois à l'avance ;
- ▶ L'identification du circuit patient avec un focus sur les points critiques permet d'atténuer les difficultés liées aux interfaces ;
- ▶ Une attention particulière est à porter à la répartition des vacances qui doit intégrer la disponibilité des ressources humaines et matérielles et éviter la simultanéité de leur utilisation ;
- ▶ Le circuit des dispositifs médicaux implantables peut-être critique, particulièrement dans certaines spécialités. Une synchronisation entre les professionnels du bloc opératoire, ceux de la pharmacie et de la stérilisation est essentielle.

La gouvernance du bloc opératoire doit être garante de la synchronisation des acteurs.

- ▶ Le conseil de bloc opératoire :
 - Il a pour mission, outre la répartition des vacances, la surveillance de la synchronisation des intervenants en mettant en place et en publiant le suivi d'indicateurs adaptés ;
 - Il met en place un monitoring spécifique des dysfonctionnements, notamment en matière de désynchronisation des temps, qu'il analyse et pour lesquels il propose des mesures correctrices. Les décisions prises sont suivies et évaluées ;
 - Les réunions du conseil de bloc opératoire sont régulières et font l'objet d'un compte-rendu diffusé à tous les acteurs du bloc opératoire.
- ▶ Cellule de programmation :
 - Au cours d'une réunion associant tous les représentants des acteurs, elle fixe dans le marbre le programme opératoire, document de la synchronisation des acteurs ;
 - Le programme opératoire définitif est porté à la connaissance de l'ensemble des acteurs du bloc opératoire avant la fin de la semaine précédente. Il est également diffusé aux services supports (ex : brancardage) et aux services d'hospitalisation ;
 - La cellule de programmation organise et anticipe l'occupation des vacances soit en les redistribuant, soit en ajustant les effectifs non-médicaux lorsqu'elles ne peuvent pas être pourvues.

- ▶ La régulation quotidienne :
 - Portée par un cadre, elle permet d'ajuster au mieux les ressources, d'organiser la continuité de fonctionnement notamment pendant l'heure du déjeuner, de lisser la charge de travail entre les équipes et d'organiser la prise en charge des urgences. Un praticien régulateur peut apporter son appui et son expertise pour des arbitrages de nature médicale ;
 - La légitimité de cette régulation passe par un appui fort de la gouvernance du bloc opératoire et de la direction d'établissement.

La formalisation des règles : la charte de bloc opératoire

La charte de bloc opératoire, rédigée et mise à jour par les principaux représentants des acteurs du bloc est un outil de définition des règles de son fonctionnement. Elle doit être révisée au moins tous les ans et évoluer avec les modifications d'organisation liées à la modification du paysage du bloc opératoire.

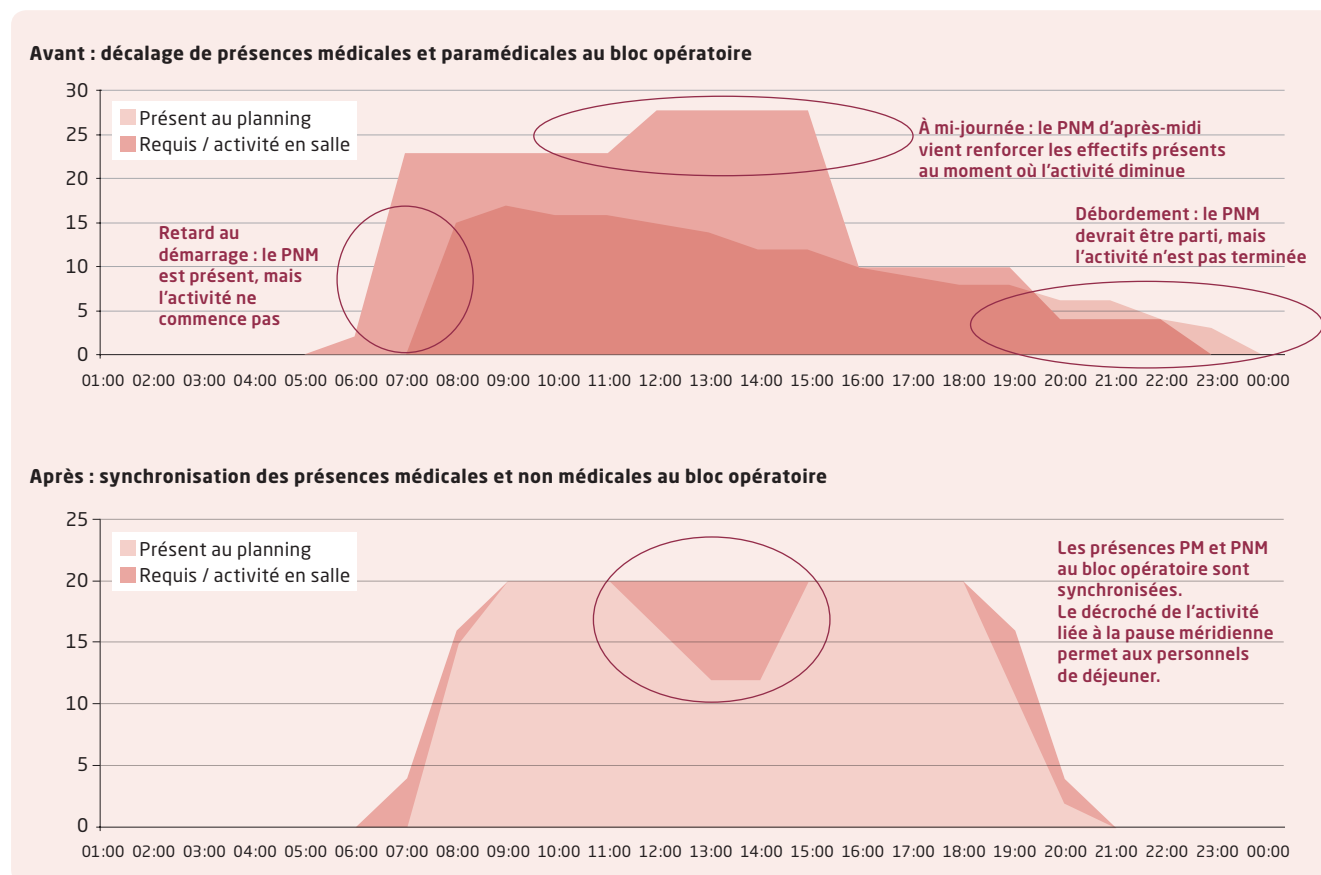
Les écarts par rapport aux objectifs (indicateurs de suivi) contenus dans la charte, doivent être mesurés, communiqués au conseil de bloc opératoire et largement publiés pour créer une dynamique et identifier les leviers d'amélioration.

Sa communication est essentielle afin de faire de cette charte une référence : AG, information des nouveaux arrivants y compris les étudiants, embarquement des fortes personnalités, etc.

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

Figure 5 : Synchronisation des présences au bloc opératoire



1.3 Le plateau d'imagerie, un goulet d'étranglement...

1.3.1 État des lieux : parfois un obstacle dans le parcours du patient

Le plateau d'imagerie est trop souvent un point critique dans la fluidité du parcours patient. Il peut être responsable d'un allongement de la durée de séjour pour les patients hospitalisés et d'une difficulté d'accès aux soins pour les patients externes. En outre, la prise en charge plus ou moins rapide des patients non programmés impacte l'activité des services d'urgences et les délais d'attente des patients.

Une gestion des ressources perfectible

Le plateau d'imagerie représente un investissement important pour un établissement : sa sous-exploitation résulte presque exclusivement d'un manque de coordination des temps des intervenants.

Par ailleurs, la pénurie de praticiens hospitaliers dans la discipline, le partage fréquent du matériel entre plusieurs équipes et la surspécialisation complexifient l'organisation tant en garde que de jour et imposent une organisation très structurée, analogue à celle d'un bloc opératoire : programmation, régulation, optimisation des vacances, anticipation des congés. Cette programmation doit prendre en compte les contraintes d'organisation des services utilisateurs : ainsi une plage de rendez-vous imprécise dans un créneau de 4 heures (« on prendra votre patient mardi après-midi ! ») est difficilement acceptable pour l'organisation des soins en hospitalisation complète. Cette imprécision serait encore plus incompatible avec le bon fonctionnement d'un hôpital de jour de médecine.

1.3.2 Proposition d'éléments méthodologiques : structurer les instances de gouvernance

La gouvernance du plateau d'imagerie doit être ajustée à la taille de la structure : plateau unique ou plusieurs unités réparties sur plusieurs sites.

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

Elle peut comporter :

- ▶ Un conseil de coordination du service ou du pôle d'imagerie;
- ▶ Une cellule de coordination par site ou par secteur si nécessaire;
- ▶ Une cellule de régulation de l'activité.

Réguler l'activité

Les instances de gouvernance ont pour mission de rechercher l'adéquation de l'offre proposée aux besoins de soins (activité interne et externe).

Pour cela, elles sont chargées de :

- ▶ Définir et formaliser les principes de fonctionnement du service, y compris en garde;
- ▶ Déterminer et réviser le planning des vacances afin de l'adapter aux besoins (mouvements de praticiens, nouvelle activité, etc.);
- ▶ Élaborer une trame d'organisation médicale, tenant compte des besoins d'imagerie spécialisée, régulièrement actualisée et corrélée avec la maquette d'organisation des personnels non-médicaux;
- ▶ Organiser la collecte des absences des praticiens, synchroniser les présences des personnels médicaux et non-médicaux, adapter le planning des vacances en les optimisant, voire en supprimant des plages inoccupées ou sous-occupées;
- ▶ Organiser la régulation de l'activité à S-1 et quotidiennement;
- ▶ Étudier la possibilité d'établir des « contrats de service » avec les utilisateurs, notamment les unités ambulatoires;
- ▶ Définir des indicateurs de qualité et de suivi de l'activité (ex : nombre de déprogrammation, délai de rendez-vous interne et externe pour l'IRM, etc.);
- ▶ Créer des temps d'échanges avec les services utilisateurs pour ajuster la réponse à leur besoin.

1.4 Les consultations externes

Les consultations externes sont à la fois la vitrine d'un établissement et une des portes d'entrée de la patientèle. Si elle y est satisfaite, elle sera fidèle.

Leur principal dysfonctionnement universellement reconnu est le fait que le patient attend... Avec même parfois une stupéfaction, confinante à l'inquiétude quand il n'y attend pas...

L'attente du patient en consultation n'est pas aussi anodine qu'un hospitalier peut le penser. La consultation d'un praticien, surtout si elle peut être l'objet d'une annonce, est souvent anxiogène. L'attente ne fait que renforcer le stress du patient. De ce point de vue, elle peut être considérée comme un facteur de non-qualité des soins.

ANGOISSES EN SALLE D'ATTENTE : HISTOIRE DE VIE QUOTIDIENNE

Une salle d'attente bondée. Même plus de place pour s'asseoir. « Voici » et « Gala » de l'année dernière, usés jusqu'à la corde. Et le praticien qu'on attend... encore combien de temps ? L'infirmière et / ou la secrétaire qui sont « au front » ne sait pas. Elle a pourtant essayé d'appeler, en vain : « *il descendra quand il pourra!* ». La tension monte dans la salle d'attente. Le personnel fait ce qu'il peut pour calmer l'humeur. Mais quand même, ça fait déjà trois fois qu'elle(s) répète(nt) « *il ne va pas tarder. Après, vous verrez, ça ira vite!* ». Le praticien finit par arriver. Silence dans la salle d'attente. Stupéfaction générale lorsqu'il prend en premier un patient récemment amené par des ambulanciers. « *C'est une urgence!* », dit l'infirmière. La foule se calme. C'est vrai qu'après, ça a été vite, très vite même ! Pas le temps de poser une question. « *Il faut nous faire confiance, madame.* ». Quelles conditions de travail pour cette infirmière / secrétaire et ce praticien ? Quelle qualité de prise en charge pour ce patient ? Et ce sera pareil demain...

L'attente en consultation peut avoir deux grandes causes :

- ▶ L'un des acteurs de l'équipe est manquant :
 - Il est absent inopinément;
 - Il est en retard;
 - Il est affecté sur plusieurs tâches simultanément;
 - Il est parti avant la fin de la consultation car il a été appelé.
- ▶ La programmation n'est pas fiable car :
 - Elle n'a pas pris en compte le temps requis pour les patients prévus;
 - Elle est polluée par des rajouts « sauvages »;
 - Une autre plaie de la consultation est la déprogrammation inopinée qui découle d'une mauvaise anticipation des absences ou indisponibilités des praticiens consultants. Elle survient peu de temps avant les dates de rendez-vous et impose un travail fastidieux de reprogrammation aux personnels de consultation. Elle induit chez le patient une déception, une frustration et un doute sur la qualité de l'organisation du service, voire de l'hôpital.

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

LES DÉPROGRAMMATIONS INOPINÉES, CAUCHEMAR EN CONSULTATION

C'est l'histoire d'une jeune secrétaire, toute fière de ses nouvelles responsabilités, qui apprend par l'une de ses collègues :

« Le Docteur M... a oublié de nous prévenir : il est en congrès demain et ne pourra assurer sa consultation; il faut que tu appelles tous ses patients cet après-midi et que tu les replaces sur ses vacances ultérieures. Je te laisse, à demain! »

Elle avale sa salive, ouvre le cahier de consultations et constate qu'il lui faut appeler 26 patients tout en continuant d'assurer avec le sourire l'accueil des consultants du Docteur P... qui consulte, lui, aujourd'hui. Elle apprendra que ce sera 2 heures d'affrontements avec des patients mécontents et inquiets de la validité du nouveau rendez-vous qu'elle leur aura donné... Elle a même été obligée de raconter que le Docteur M... est absent parce qu'il est très souffrant. Pas très fière de ce qu'elle fait, la jeune secrétaire...

Proposition d'éléments méthodologiques

Un constat partagé et reconnu par tous les acteurs est le point de départ de l'amélioration de la synchronisation des acteurs en plateau de consultation.

Il permet la formalisation des organisations dans la charte de fonctionnement, qui objective les droits et devoirs de chacun et permet d'éviter qu'une habitude historique soit considérée comme une pratique « normale ».

Elle sera utilement complétée par une cartographie organisationnelle médicale, corrélée à une maquette d'organisation du personnel non-médical, afin d'assurer la cohérence des différents intervenants.

1.5 Les secrétariats médicaux

Les secrétariats médicaux sont le pivot de l'anticipation du parcours hospitalier du patient. L'organisation des secrétariats est au cœur de la continuité entre filières de soins et typologies de prise en charge. Ils sont à l'interface des prises en charge avec les acteurs du soin en ville et assurent la tenue à jour des dossiers médicaux. Les secrétariats sont également un rouage essentiel de la transmission des informations nécessaires au bon fonctionnement des services (ex. : dates de congés des praticiens) ou à la bonne prise en charge du patient (ex. : tenue à jour des dossiers).

La gouvernance des secrétariats médicaux est encore trop souvent peu ou mal définie. Une lisibilité de la ligne hiérarchique, une définition précise des missions et des objectifs constituent un socle de gouvernance incontournable des secrétariats.

Par ailleurs, la polyvalence des missions dévolues aux secrétariats médicaux peut induire de nombreuses interruptions dans leurs tâches.

Proposition d'éléments méthodologiques

La définition et la mise en œuvre d'organisations de travail sous forme de séquences permet une fluidité des activités de secrétariat.

Cette organisation nécessite une double synchronisation : d'une part, avec les besoins de la patientèle et d'autre part, avec la temporalité des activités des praticiens, notamment en consultation. Cette organisation peut nécessiter des horaires en décalé pour assurer la plus grande amplitude de permanence des secrétariats.

La bonne utilisation des nouvelles technologies informatiques devrait permettre une simplification des missions et une limitation des interruptions de tâches.

1.6 Les hôpitaux de jour de chirurgie et de médecine

Le déroulement des séjours ambulatoires requiert une synchronisation parfaite des temps des intervenants à l'intérieur du chemin clinique. Le temps est compté et tout retard peut remettre en cause la sortie du patient.

Les dysfonctionnements le plus souvent retrouvés en matière de cohérence des temps sont :

- ▶ Pour tous : un défaut d'anticipation des étapes du parcours patient (préadmission, recueil des résultats) et l'attente de la décision de sortie;
- ▶ Pour les unités de chirurgie ambulatoire : une mauvaise synchronisation des admissions et sorties avec le parcours au bloc;
- ▶ Pour les hôpitaux de jour de médecine : un déficit de sécurisation du parcours du patient en termes de rendez-vous (consultations médicales et examens complémentaires).

Les conséquences en sont, pour le patient, le retard dans sa prise en charge, l'allongement inopiné du séjour, le retard à sa sortie et donc de l'insatisfaction. Pour les personnels, cela génère la réalisation imposée d'heures supplémentaires. Pour l'établissement, l'obstruction des flux de patients impacte le taux de rotation par place et une limitation de l'activité.

Proposition d'éléments méthodologiques

En pratique, les unités ambulatoires doivent être pourvues d'une charte de fonctionnement qui fixe les conditions de préparation et d'organisation des séjours ainsi que les conditions d'intervention des différents acteurs au cours du chemin clinique.

En complément, une anticipation des étapes du parcours patient sécurise et fluidifie la prise en charge, améliore la rotation au sein des places et renforce la qualité des soins et du service rendu.

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

1.7 L'offre de prise en charge des fonctions transversales

Les conditions d'intervention des métiers transversaux (ex. : kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, psychologue) dans les services sont souvent imprécises. Dans ces conditions, l'offre de prestations des fonctions transversales est souvent opaque et mal connue des patients comme des professionnels.

Le manque de cohérence formalisée entre l'offre et les besoins de ces fonctions peut être à l'origine de :

- ▶ La diminution de l'offre de soins, rupture de continuité des prestations au patient et même parfois perte de chance « *Cela fait une semaine qu'on m'a promis un kiné que je n'ai toujours pas vu; je vois bien que je perds mon temps...* »;
- ▶ La perte de qualité dans la prise en charge « *Je trouve que je progresse mieux lorsque je vois le kiné dans la salle de sport, avec le matériel et tout, plutôt que dans ma chambre, en coup de vent...* »;
- ▶ Le retard dans la prise en charge du patient avec un risque d'allongement de la durée de son séjour « *Je n'ai toujours pas vu l'assistante sociale. Quand va-t-on s'occuper de ma sortie?* ».

Proposition d'éléments méthodologiques

En pratique, la disponibilité et l'affectation des fonctions transversales doit être répertoriée dans un planning régulièrement mis à jour et accessible à tous les services cliniques.

Les demandes d'interventions des fonctions transversales doivent être formalisées (prescription papier ou électronique) : la pratique de l'agenda-patient comportant un ordonnancement des priorités de soins, porté à la connaissance des intervenants transversaux, permet de limiter l'incidence des rendez-vous manqués.

2. Les moments les plus sensibles à la désynchronisation

La disponibilité de certains métiers, à certaines périodes, est un sujet impactant le service rendu au patient notamment selon trois temporalités :

- ▶ Des prises de service au moment où la charge de travail ne le justifie pas;
- ▶ Des fins de service au moment où la demande des patients reste forte;
- ▶ Des écarts de disponibilité selon les jours de la semaine (ex. : le mercredi).

Le manque de coordination des intervenants auprès du patient peut survenir à tous les moments de référence dans l'organisation des soins : année, semaine, journée. Il est nécessaire de passer en revue ces unités de temps pour rechercher les moments cibles d'amélioration de la cohérence des temps.

Les enjeux de temporalité les plus emblématiques sont :

- ▶ L'anticipation des congés et absences;
- ▶ Le lissage hebdomadaire de l'activité.

2.1 La synchronisation des congés et autres absences prévisibles

La coordination des temps médicaux et non-médicaux est d'abord celle des présences simultanées aux mêmes périodes de l'année, en adéquation avec les besoins de santé publique. Pourtant, il n'est pas rare de constater que des programmations non concertées impactent régulièrement le bon fonctionnement des services et plateaux techniques.

CE QU'ON NE DEVRAIT PAS VOIR

1. Six Manipulateur en électro-radiologie (MER) en août, un seul radiologue.
2. Les anesthésistes en congés en juillet, les chirurgiens en août et les IBODE en septembre.
3. Six praticiens pour une secrétaire à mi-temps le vendredi de l'Ascension.
4. Quatre secrétaires pour un praticien à mi-temps le vendredi 2 mai.
5. Un programme chirurgical dantesque pendant le congrès de la SFAR.
6. Une offre de consultation de pédiatrie réduite le mercredi par défaut de personnel.
7. Des préparateurs en pharmacie tous présents dès 7h alors que les besoins sont mal couverts après 16h.

Et bien d'autres...

(Toute ressemblance avec des situations existantes réellement est purement non fortuite).

La mauvaise anticipation des congés et autres absences prévisibles d'une partie des acteurs impacte inévitablement l'activité de l'ensemble des professionnels. Elle occasionne un déséquilibre des composantes de l'équipe au sein de laquelle peuvent cohabiter des situations de sureffectif et de sous-effectif.

Le recours à l'intérim est une solution « dégradée » qui comporte des inconvénients en termes de qualité et d'efficacité, de coût et de cohésion d'équipe.

Partie 3

Les grands classiques de la désynchronisation

L'OBSTACLE DE L'ANTICIPATION

« IMPOSSIBLE » DES CONGÉS NE TIENT PAS LA ROUTE CAR :

- ▶ Il est prudent de réserver à l'avance ses billets de train/d'avion et autres locations;
- ▶ Il est hasardeux de s'inviter chez ses amis avec femme et enfants sans les prévenir;
- ▶ Les dates des congrès des sociétés savantes sont connues d'une année sur l'autre (sauf celles de la société d'histoire de la dermatologie du Bas-Poitou);
- ▶ Les absences pour formation sont toujours programmables.

Proposition d'éléments méthodologiques

Pour être acceptable par tous, la réflexion anticipée et partagée des dates de congés doit :

- ▶ Concerner tous les membres médicaux et non-médicaux d'une même équipe;
- ▶ Être coordonnée par un binôme médical et non-médical en fonction de l'activité prévisible;
- ▶ Répondre à des règles claires et équitables (charte de fonctionnement);
- ▶ Être précoce et ne permettre des révisions que pour des motifs importants;
- ▶ Prendre en compte les besoins des autres sites ou établissements employant le praticien en exercice partagé.

À quel niveau doit s'organiser cette synchronisation? Le niveau du pôle serait l'échelon le plus opérationnel, notamment dans le cadre de la délégation de gestion des mensualités de remplacement.

Toutefois, l'optimisation d'équipements communs au sein de l'établissement donne une responsabilité forte à sa direction qui doit fixer des dates limites d'anticipation des congés pour disposer d'une vision synthétique des moyens disponibles.

2.2 Le lissage de l'activité hebdomadaire

La semaine idéale serait celle au cours de laquelle l'activité serait égale chaque jour. Pour autant, la disponibilité des praticiens est tributaire de contraintes :

- ▶ Professionnelles : l'activité des praticiens est obligatoirement dispersée sur plusieurs sites. La répartition harmonieuse des temps médicaux sur ces sites relève parfois du casse-tête;
- ▶ Personnelles : le mercredi est le jour préféré de beaucoup de patientes... mais aussi des personnels, y compris médicaux;

Les inégalités de charge de travail selon les jours de la semaine ont plusieurs conséquences :

- ▶ Sentiment de désorganisation parmi le personnel et les patients;
- ▶ Création de situations à risque et d'indisponibilités des matériels lors des jours de suractivité;
- ▶ Perte de service rendu pendant les jours « creux ».

Proposition d'éléments méthodologiques

En pratique, si l'on dispose aujourd'hui du planning des personnels non-médicaux, la visibilité sur l'organisation hebdomadaire des temps médicaux est encore trop imprécise. Les services d'urgence et l'ensemble des services collaborant à un plateau technique (anesthésie, chirurgie, radiologie, gastro-entérologie, cardiologie, etc.) ont été pionniers dans la mise en place d'une Cartographie organisationnelle médicale (COM). Celle-ci dresse un état actualisé de la disponibilité médicale hebdomadaire par type d'activité et a vocation à s'articuler avec les plannings des personnels non-médicaux en fonction des besoins du service. (cf. § 4.4 : « Les outils de formalisation de l'organisation opérationnelle »).

2.3 La synchronisation journalière

La synchronisation journalière est celle qui doit permettre l'enchaînement de l'intervention des acteurs auprès du patient : transmissions, visites, interventions, réalisation d'actes, liens avec l'équipe de permanence des soins.

Proposition d'éléments méthodologiques

La synchronisation passe par une formalisation de ces enchaînements dans une charte (cf. § 4.2 : « Les outils d'aide à la gouvernance d'une structure »). La fixation et le respect de règles partagées assorties du suivi et de la publication d'indicateurs simples suffisent le plus souvent à aligner les acteurs. Chaque jour, la désynchronisation récurrente des temps des intervenants auprès du patient, négligée car ancrée dans les habitudes et vécue avec fatalisme, peut avoir des conséquences significatives sur la qualité et la sécurité des soins, les conditions de travail et l'efficacité de la structure.

La coordination de l'activité journalière devrait être issue de la corrélation des outils de gestion du temps médical et non-médical.



4

Méthodologie

Partie 4

Méthodologie

La désynchronisation des temps médicaux et non-médicaux n'existe pas... Si on ne la cherche pas!

Les marges de progrès en matière d'organisation sont rarement mises en avant pour expliquer les problèmes de qualité des soins et de conditions de travail. Et même lorsque les problèmes d'organisation sont mis à jour, ils sont rarement reliés à leurs causes; le défaut de cohérence des temps médicaux et non-médicaux est l'une d'elles.

Pourtant, le besoin de synchronisation est très peu exprimé dans les réunions d'acteurs de terrain ou dans les enquêtes relatives aux conditions de travail. D'autant que, la plupart du temps le personnel non-médical se situe dans une tradition d'adaptation des organisations, donc d'acceptation des dysfonctionnements, qui sont vécus avec fatalité.

1. Identifier le besoin de travailler le sujet

1.1 Les signes d'alerte (conditions de travail, attente des patients, etc.)

Le soin est l'aboutissement d'une action collective mais pas toujours coordonnée...

Il n'existe pas de signe spécifique de la désynchronisation, mais la plupart des dysfonctionnements organisationnels peuvent avoir comme cause une mauvaise articulation entre les acteurs du soin. Néanmoins, certains signes peuvent alerter et faire rechercher une mauvaise synchronisation des intervenants auprès du patient.

Il ne faut donc pas attendre la survenue de signes spécifiques de désynchronisation des temps mais les rechercher systématiquement. C'est d'autant plus facile que le temps peut se mesurer aisément.

1.1.1 Des signes d'alerte sur la qualité des soins

- ▶ Le patient se plaint d'attendre : il attend sa décision de sortie, son courrier/ ses ordonnances, il attend des soins de rééducation qui sont annulés, déplacés ou -pire- oubliés...;
- ▶ Le patient s'inquiète d'avoir des informations discordantes, voire contradictoires (« *cher Monsieur, votre chirurgie est pour demain - mais docteur, on vient de me dire que c'était pour aujourd'hui!* »);
- ▶ Des événements indésirables (ex. : retards, annulations inopinées de rendez-vous) sont récurrents.

1.1.2 Des signes d'alerte sur les conditions de travail

- ▶ Épuisement professionnel, non rattachable à une augmentation de l'activité : impression de ne « *rien avoir fait* » ou « *de pas avoir fait bien* »;
- ▶ Insatisfaction quant à l'exercice du métier : manque de lisibilité sur l'organisation, sur ce qui est attendu;
- ▶ Indicateurs psycho-sociaux dégradés;
- ▶ Troubles relationnels au sein de l'équipe;
- ▶ Impression de désorganisation générale, de perte de temps entre deux soins : « *tout le monde court!* ».

1.1.3 Des signes d'alerte sur l'efficacité médico-économique

- ▶ DMS allongée en raison de l'attente d'examen complémentaires (ex. : imagerie) ou de courriers et comptes rendus;
- ▶ Augmentation du volume de consommation de moyens de suppléances (temps additionnel, heures supplémentaires, intérim,...).

1.2 Être à l'écoute des acteurs de terrain

1.2.1 Aller chercher l'information là où elle se trouve

L'évocation d'un dysfonctionnement dans la coordination des acteurs autour du patient passe par des entretiens dirigés auprès de tous les professionnels, depuis le chef de service et le cadre jusqu'aux agents de service, sans omettre aucune communauté professionnelle.

Lors de ces entretiens, on s'attachera à rechercher, outre les signes évocateurs cités plus haut, les indicateurs qui auraient pu être mis en place (ex. : temps d'attente). Le fait qu'aucun indicateur n'ait été mis en place est déjà évocateur...

Pour mener à bien ces entretiens, la rédaction préalable d'une grille spécifique à chaque site étudié est indispensable. Ce recueil permettra d'objectiver les éléments constitutifs de la désynchronisation.

1.2.2 L'enquête de satisfaction, outil efficace à manier avec précaution

Pour un thème orienté sur la qualité des soins et la qualité de vie au travail, les enquêtes de satisfaction se révèlent un bon outil pour caractériser la situation de départ, se fixer des objectifs et vérifier l'évolution. Le questionnaire (cf. § 4.1 : « Les outils d'aide au diagnostic ») peut être utilisé à destination des patients ou de leur famille (qualité des soins et du service rendu) ou à celle des professionnels (satisfaction au travail).

Partie 4

Méthodologie

1.2.3 La prise en compte des alertes remontées par les partenaires sociaux

Enfin, dans des situations très dégradées (ex. : situations de travail inhabituellement tendues, attitudes maltraitantes), les partenaires sociaux peuvent relayer l'inquiétude des salariés en matière d'organisation des soins et de coordination des acteurs.

2. Comment mener le projet ?

2.1 Donner du sens aux travaux sur les organisations médicales et soignantes

2.1.1 S'appuyer sur l'exigence de qualité et sécurité des soins

L'exigence éthique qui anime et rassemble systématiquement les équipes médico-paramédicales est celle de la qualité des soins. Personne ne peut contester cela.

La sécurité des soins due au patient est aussi très présente à tous les niveaux de l'équipe médico-soignante. Les évolutions récentes en matière de recherche de responsabilité individuelle créent une vigilance particulière vis-à-vis du risque juridique professionnel, dont personne ne peut s'extraire. Cette « menace latente » constitue un puissant intérêt à agir en synchronisation avec l'équipe, notamment en termes de communication.

En s'appuyant sur ces valeurs, la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux prend tout son sens aux yeux des acteurs du soin.

2.1.2 Revaloriser le concept de travail en équipe de soins

La mise en place de l'organisation polaire des établissements de santé avec son corollaire de polyvalence professionnelle a pu mettre à mal la notion d'équipe. Cette volonté de restaurer un concept fédérateur d'acteurs autour du patient a été l'un des principaux moteurs de l'adhésion au projet de synchronisation des temps.

Ceci est d'autant plus important que les professionnels « vont bien » lorsqu'ils savent ce que l'on attend d'eux, lorsqu'ils se sentent respectés, lorsqu'ils comprennent à quoi ils servent et quelle plus-value ils apportent à l'organisation. Le plus efficace est d'organiser la complémentarité du travail de chacun : cela permet de définir, sanctuariser et respecter les temps de travail conjoints et successifs. Coordonner les temps d'échange et en professionnaliser le contenu sont les leviers de renforcement de l'esprit d'équipe.

Si cela paraît simple sur le papier, rendre une organisation bienveillante, simple et lisible pour chacune des parties prenantes demande un management capable de définir un cadre organisationnel, d'ordonner les priorités et de faire respecter les règles fixées.

2.1.3 Donner de la valeur au temps des autres

Faire attendre peut être lu comme une expression de manque de respect.

Faire attendre inutilement le patient peut aller au-delà : son attente est potentiellement anxiogène, elle peut retarder une décision, un traitement, un soulagement. En ce sens, elle est un facteur de non-qualité des soins.

Faire attendre un collègue ou un partenaire de l'équipe, surtout si cela est récurrent, est porteur d'une expression de défaut de cohésion voire de manque de solidarité.

2.2 Préparer

2.2.1 Légitimer le projet

Un appui formalisé (ex. : lettre de mission du binôme chef de projet) de l'autorité de l'établissement donnera sa légitimité à cette thématique. Le portage du projet au plus haut niveau de l'établissement, par exemple par le directeur, président de CME et directeur des soins constitue un facteur de réussite. Ils pourront eux-mêmes s'appuyer sur l'inscription des indicateurs de bonne synchronisation des organisations opposables dans les contrats de pôle ou de structure.

L'inscription du projet à l'ordre du jour d'une CME ou d'une réunion de cadres donne à ce projet une dimension institutionnelle.

Les instances représentatives du personnel ont également un rôle important à jouer par la transmission des difficultés rencontrées par les professionnels, par l'appui, l'avis et les idées qu'elles pourront apporter tout au long du projet. Leur contribution à des moments clés du projet (cadrage, diagnostic, mise en œuvre, communication) est à prendre en compte pour obtenir le succès des actions d'amélioration entreprises, leur diffusion et leur pérennisation.

2.2.2 Aligner les acteurs

Concilier les logiques et contraintes individuelles avec l'intérêt collectif est souvent difficile... A fortiori lorsqu'il s'agit de synchroniser des métiers différents qui, bien qu'agissant de façon juxtaposée, travaillent en silo et ne savent pas nécessairement collaborer efficacement.

Partie 4

Méthodologie

Partir des besoins exprimés par les professionnels eux-mêmes est un prérequis à l'aboutissement des actions de mise en cohérence des temps des acteurs. C'est pourquoi la contribution des acteurs de terrain doit être recherchée dès l'initiation du projet de synchronisation des professionnels et tout au long de son déroulement.

2.2.3 S'appuyer sur les valeurs

Les éléments de conviction des acteurs prennent leurs racines dans le partage de valeurs communes, telles que le service rendu au patient pris en charge. On peut citer par exemple :

- ▶ La qualité de l'accueil, le respect du patient, l'attention à ses besoins;
- ▶ La qualité de vie au travail, le respect des autres métiers, la solidarité et la cohésion d'équipe;
- ▶ La fierté d'appartenance à une communauté (ex.: service, pôle, établissement).

Cependant, dans les arguments développés pour convaincre les acteurs, certaines précautions doivent être prises :

- ▶ La notion de qualité des soins, souvent galvaudée, ne doit pas être une « valeur prétexte », dérive parfois constatée. Pour prévenir cela, la mesure d'un indicateur ciblé est indispensable pour objectiver et sécuriser ce concept;
- ▶ Les valeurs doivent être adaptées aux acteurs auxquels elles s'adressent pour venir en appui de la recherche du « mieux faire » et non être posées en tant qu'objectif philosophique général qui pourrait occulter l'objectif de performance.

2.2.4 S'appuyer sur les preuves

Pour convaincre, l'appui sur des éléments objectifs et robustes tels que des indicateurs mesurés avant et en cours de projet est indispensable. En effet, une donnée mesurée, par exemple le délai d'attente par rapport au rendez-vous, ne saurait être contestée et permet de définir avec précision un objectif d'amélioration.

2.2.5 Mettre en évidence le bénéfice pour tous

Tout projet de transformation des organisations consomme du temps - souvent mal quantifié mais douloureusement ressenti - des professionnels concernés. Ce coût pour la communauté hospitalière ne peut être engagé s'il n'est pas assorti d'une perspective de « retour sur investissement » sous forme d'une amélioration de la performance de l'établissement (qualité des soins, conditions de travail, efficacité médico-économique).

La recherche de gains partagés dans une relation gagnant-gagnant est un élément fort de conviction des acteurs. Ce peut être le cas par exemple pour une consultation qui accueille en temps et en heure, sans retard ni débordement. Le respect des horaires profite à tous, à commencer par le patient.

2.3 Piloter

La conduite du projet nécessite un minimum de formalisme sans pour autant multiplier les réunions, ce qui risquerait de paralyser et retarder les initiatives. Pour un suivi précis et une limitation du risque d'échec du projet, le pilotage est prévu dès le cadrage.

Le pilotage est assuré par un binôme chef de projet (médecin-non-médecin) appuyé par un Comité opérationnel (COMOP).

2.3.1 Le binôme chef de projet : un choix déterminant

Le choix du portage du projet est une condition fondamentale de réussite du projet. Les deux principes suivants sont à respecter.

Un binôme disponible

Un projet impliquant deux types d'acteurs différents doit être légitimement conduit par un binôme représentatif de ces deux types d'acteurs. Sur le plan pratique, le porteur non-médical est un cadre de santé ou un directeur de soins. Le porteur médical du binôme est de préférence un praticien à temps plein de l'établissement.

Le binôme chef de projet peut être désigné conjointement par le directeur, le président de CME et le directeur des soins.

Dans certains établissements, la disponibilité médicale est très faible. Dans ce cas, la désignation d'un médecin de recours ponctuel aux côtés du chef de projet non-médical est une solution alternative moins satisfaisante mais toujours possible. De même, un appui opérationnel (ex. : assistante de direction, cadre en mission transversale) à des managers peu disponibles peut également faciliter l'organisation logistique indispensable à l'avancement du projet.

Un binôme disposant d'un leadership

La tentation est de désigner les représentants institutionnels de l'établissement. C'est aussi, par facilité ou par habitude, le réflexe fréquent de ces derniers de s'auto-désigner.

Ce projet doit typiquement être porté par des personnalités proches du terrain et disposant d'une légitimité professionnelle reconnue par leurs pairs et par l'ensemble de la communauté hospitalière.

Le processus de désignation du binôme chef de projet doit prendre en compte la capacité de ce dernier à assumer les missions qui lui sont confiées dans le cadre de ce projet.

Partie 4

Méthodologie

LE RÔLE DU BINÔME CHEF DE PROJET

- ▶ Élaborer la note de cadrage;
- ▶ Définir les pistes (inventaire/diagnostic, sélection/priorisation);
- ▶ Identifier/désigner les professionnels qui vont assumer la mise en œuvre des pistes d'action;
- ▶ Planifier et coordonner les tâches;
- ▶ Assurer la mise en œuvre cohérente de toutes les actions du projet;
- ▶ Assurer le suivi des indicateurs et valoriser les résultats obtenus;
- ▶ Organiser et animer les réunions de pilotage;
- ▶ Structurer et porter la communication interne et externe sur le projet.

La lettre de mission du binôme chef de projet donne le point de départ du projet.

EXEMPLE DE CONTENU DE LETTRE DE MISSION

- ▶ L'objet de la mission;
- ▶ Les objectifs : réaliser le diagnostic, définir un plan d'actions, mobiliser les collaborateurs, être le garant de la mise en œuvre et de la pérennisation du projet;
- ▶ La date de démarrage et la durée prévisionnelle du projet;
- ▶ Les moyens : temps (décharge de soins éventuelle) et équipe (liberté de choix) mis à disposition;
- ▶ L'évaluation de la mission : reporting des résultats;
- ▶ La cosignature du chef d'établissement et du président de CME. Selon la nature des projets, la signature du directeur ou du coordonnateur des soins peut être utilement ajoutée.

2.3.2 Le comité opérationnel

Le COMOP, a minima composé des représentants de la direction et de la CME, réunit le binôme chef de projet et les professionnels assurant la mise en œuvre de chacune des pistes. Il peut également intégrer des personnes identifiées comme ressource pour chaque piste et action (cf. infra, § 2.3.3 « Avec qui mettre en œuvre le projet? »).

Le COMOP a pour rôle de :

- ▶ S'assurer de l'avancement des travaux et de la conformité des indicateurs avec les objectifs;
- ▶ Piloter la mise en œuvre en analysant les résultats obtenus et en ajustant les actions si besoin;
- ▶ Répondre aux besoins d'arbitrage sur les actions des pistes;
- ▶ Participer à la stratégie de communication du projet.

Le COMOP se réunit à des moments clés du projet tels que :

- ▶ Résultat du diagnostic;
- ▶ Élaboration du plan d'actions;
- ▶ Début de mise en œuvre;
- ▶ Bilan des actions.

Il est également convoqué trimestriellement notamment pour le suivi de la mise en œuvre, afin de surveiller le résultat des indicateurs de chaque piste et prendre, si nécessaire, des mesures correctrices.

2.3.3 Avec qui mettre en œuvre le projet?

À l'issue de la phase de diagnostic, le binôme chef de projet va s'entourer des acteurs repérés comme moteurs ("agents du changement") pour constituer l'équipe-projet et élaborer le plan d'actions.

La dimension humaine est capitale dans un projet de ce type. Il est important, pour le binôme chef de projet, d'identifier les futurs porteurs de pistes qui doivent associer :

- ▶ Une volonté de faire : le seul fait de signaler une piste et/ou une action possible, lors du diagnostic, est déjà pour un professionnel un signe de sa détermination à agir;
- ▶ Une capacité de faire : elle tient à la fois au charisme d'un acteur qui a compris le projet, qui en mesure l'intérêt et qui souhaite le mettre en œuvre mais également à sa capacité à s'organiser pour dégager du temps.

Le binôme chef de projet désigne les équipes opérationnelles qui sont de deux types :

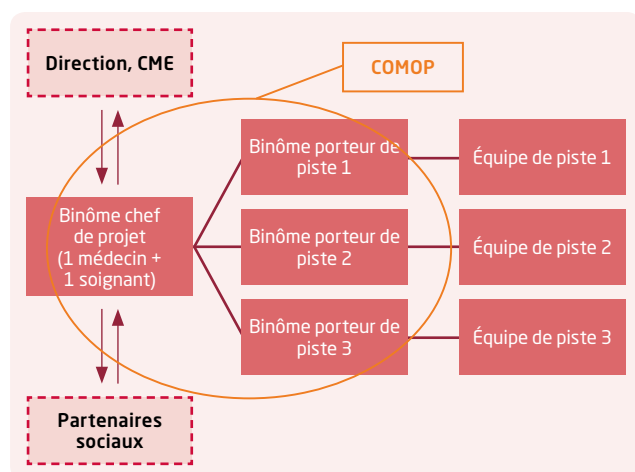
- ▶ **L'équipe projet** : elle est composée du binôme chef de projet et des porteurs des pistes retenues. Ces derniers sont idéalement organisés en binôme médecin-non médecin. L'équipe projet constitue le COMOP auquel peuvent également être intégrées les personnes ressources et, pour arbitrages/validations, des représentants de la direction, de la CME et des personnalités qualifiées;
- ▶ **L'équipe de piste** : elle comporte le ou les porteur(s) de piste et des personnes identifiées comme ressources sur leur piste. L'équipe de piste doit rassembler tous les métiers concernés et pas seulement leurs responsables hiérarchiques.

Partie 4 Méthodologie

* LE RÔLE DES PORTEURS DE PISTE EST DE :

- ▶ Participer à la définition du plan d'actions et aux réunions d'avancement du projet (COMOP);
- ▶ Coordonner et animer l'équipe de piste pour la mise en œuvre des actions;
- ▶ Rendre compte de l'avancement des actions (suivi des indicateurs).

Figure 6 : Schéma de la composition d'une équipe-projet



2.3.4 Un peu de sable dans les engrenages

Après avoir identifié les acteurs convaincus, il est utile de repérer les résistants potentiels, qui sont de deux types :

- ▶ Les réfractaires passifs qui ne viennent pas aux réunions et/ou qui ne répondent pas aux mails;
- ▶ Les opposants actifs pour qui la transformation des organisations risquerait de bouleverser leurs habitudes et/ou avantages. Ils peuvent communiquer de façon négative sur le sujet mais leur position n'est pas toujours immuable s'ils parviennent à comprendre l'intérêt qu'ils peuvent tirer du projet.

Par ailleurs, certains résistants pourront se laisser convaincre par des acteurs-clés, qui comptent plus que les autres par leur position hiérarchique, leur légitimité, leur fonction de représentativité ou encore par l'obtention de premiers résultats probants.

2.3.5 Réaliser des réunions efficaces

Pour qu'un projet atteigne les objectifs assignés, il est nécessaire d'orienter les actions vers le résultat attendu. Le premier moyen, le plus souvent mobilisé, est celui des réunions de travail. Si certaines réunions sont des modèles de concision et d'efficacité, un grand nombre reste largement perfectible.

Avec un peu de méthode et quelques précautions, les temps de réunion seront utiles à l'avancement du projet.

POUR UN RECOURS MÉTHODIQUE ET PARCIMONIEUX AUX RÉUNIONS

Proscrire

- ▶ Les réunions impréparées, sans ordre du jour, sans communication préalable sur le sujet ni sur les objectifs : il n'y a rien de pire que des participants qui (re)découvrent le projet pendant la réunion;
- ▶ Les réunions « bureau des pleurs » : inutiles, elles font rarement avancer les sujets et renforcent le sentiment de désespoir des participants;
- ▶ L'absence de prise de décision et/ou l'absence de consignes de travail : délétères, ces éléments inscrivent le projet dans le flou et découragent les participants;
- ▶ Le défaut de relevé et d'analyse des indicateurs : il inscrit le projet dans un caractère facultatif et ouvre la porte à la dispense de faire puisque le suivi n'est pas réalisé.

Privilégier

- ▶ L'organisation et la préparation de la réunion :
 - Vérifier que la réunion ne peut pas être remplacée par un échange mail (simple information) ou téléphonique (négociation seulement entre deux ou trois personnes),
 - N'inviter que les personnes strictement nécessaires (contributives et pas seulement décoratives),
 - S'assurer à l'avance de la préparation logistique de la salle (désastre du vidéoprojecteur qui ne fonctionne pas... depuis un mois);
- ▶ La gestion du temps :
 - Programmer très en avance et se tenir coûte que coûte à la date,
 - Limiter le temps (ne pas dépasser 2 heures), éviter les périodes post-prandiales : programmer à 11h ou à 17h facilite l'achèvement des réunions,
 - Commencer à l'heure quoi qu'il arrive, les retardataires s'adapteront!
 - Finir à l'heure quoi qu'il arrive, les participants s'en souviendront!
- ▶ L'animation :
 - Placer un(e) modérateur (trice) à l'écoute et aussi à la poigne de fer,
 - Sanctuariser le temps de travail (bannir les afférences multimédias),
 - Synthétiser les décisions prises et les tâches à accomplir en précisant la date limite.

Partie 4 Méthodologie

2.4 Cadrer

Un cadrage robuste et formalisé conditionne la réussite du projet. Le document de cadrage est rédigé par le binôme chef de projet. Il est important de veiller à ce que la durée de ce cadrage soit courte (moins d'un mois) car elle sera un symbole de la volonté d'avancer.

2.4.1 Écrire une note de cadrage

Le document de cadrage contient au moins les éléments suivants :

- ▶ Enjeux et objectifs;
- ▶ Processus de mise en place du projet;
- ▶ Description des phases et calendrier prévisionnel;
- ▶ Missions du binôme chef de projet;
- ▶ Pilotage;
- ▶ Modalités de communication;
- ▶ Moyens alloués.

Lorsqu'il est approuvé par les principales instances, ce document renforce la légitimité du projet et de ceux qui le conduisent.

2.4.2 Prévoir les phases du projet

Les actions à mener induisent beaucoup de transformations, dont la mise en place, pourrait enliser le projet dans le temps. Pour assurer une avancée régulière des travaux et l'atteinte des objectifs, le cadrage prévoit les différentes étapes (diagnostic, élaboration du plan d'actions, mise en œuvre et préparation de la pérennisation) dans un calendrier raisonnable et limité dans le temps.

Les durées proposées ci-dessus doivent être adaptées au contexte de l'établissement. Il convient de laisser le temps aux acteurs de s'approprier le sujet et de travailler sereinement à sa mise en œuvre. *A contrario*, un calendrier trop relâché peut être source de démobilisation des professionnels.

2.5 Diagnostiquer

L'objectif de cette phase consiste, pour le binôme chef de projet, à identifier au sein de l'établissement les manquements en termes de cohérence des temps médicaux et non-médicaux : ces manquements sont souvent méconnus ou, s'ils sont évidents, ils ne sont ni objectivés ni évalués.

S'APPUYER SUR LES OUTILS

À ce stade, les chefs de projet peuvent s'appuyer sur des outils (cf. § 4.1 : « Les outils d'aide au diagnostic ») tels qu'un questionnaire de satisfaction pour les patients et/ou pour les professionnels, ou tels qu'un outil d'autoévaluation de l'organisation des effectifs, des temps médicaux et non-médicaux et de leurs interfaces.

Les résultats obtenus pourront utilement compléter le repérage des conséquences de la désynchronisation.

2.5.1 Prendre en compte l'avis du patient

La parole du patient est souvent légitime et met en général tous les professionnels d'accord : recueillir l'avis de la personne soignée ou de sa famille permet d'objectiver les points à améliorer, notamment sur le champ de la coordination des acteurs.

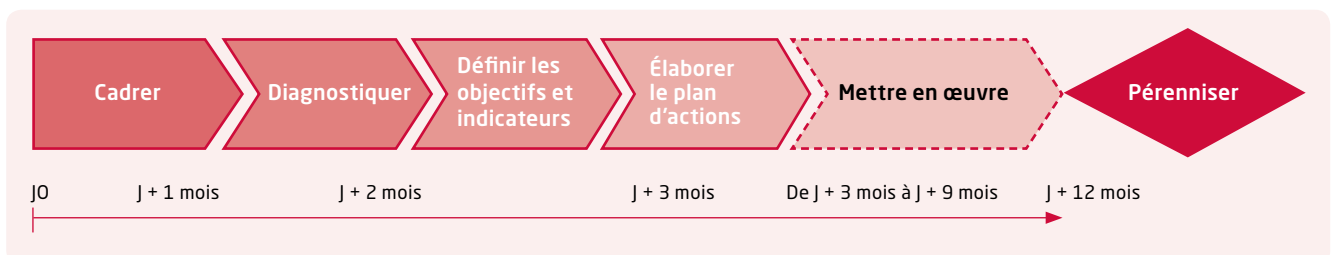
2.5.2 Informer et associer les équipes

Compte-tenu de l'originalité de cette démarche, l'information préalable des responsables de proximité et, par eux, des acteurs de terrain, est une condition essentielle de l'expression des dysfonctionnements en matière de cohérence des temps.

C'est pourquoi le premier rôle du binôme chef de projet est de susciter sans a priori la collecte des signes de désynchronisation des temps. À noter que ces incohérences des temps peuvent aussi bien concerner les médecins entre eux que les interfaces entre personnels non-médicaux.

40

Figure 7 : Exemple de calendrier de projet de synchronisation des temps



Partie 4

Méthodologie

2.5.3 Tendre l'oreille et ouvrir l'œil

Il est fréquent que de vrais dysfonctionnements en matière de cohérence des temps ne soient pas relatés alors qu'ils sont pourtant accompagnés d'une souffrance des personnels qui les subissent. Le poids de certaines personnalités difficiles peut en effet susciter une crainte de témoigner ou un certain fatalisme... C'est tout l'intérêt d'une recherche systématique.

Pour recenser les constats et les attentes sur le sujet plusieurs techniques de recueil peuvent être utilisées par le binôme chef de projet et/ou leurs délégataires :

- ▶ Entretiens ciblés sur la base d'une grille;
- ▶ Remise d'un questionnaire anonyme simple;
- ▶ Mise à disposition d'une boîte mail ou d'une boîte à idées;
- ▶ Inscription du thème à l'ordre du jour de réunions de service ou de pôle (ex.: format brainstorming).

VERBATIMS DU QUOTIDIEN

Le travail en équipe est un élément fort d'attractivité de l'hôpital pour les professionnels, de qualité des soins pour les patients. La synergie des métiers doit valoriser tous les membres de l'équipe. « Micro couloir » qui montre qu'on en est loin...

- ▶ **Rétrécissement de la capacité de soins**
« Ras-le-bol d'avoir à annoncer aux patients qu'on reporte leur intervention à demain parce que le bloc a commencé trop tard! » **Philippe B., cadre en chirurgie**;
- ▶ **Manque de solidarité**
« Il nous a pas prévenus qu'il ne serait pas là aujourd'hui. Qu'est-ce que je fais des patients maintenant? C'est chacun pour soi ici! » **Isabelle C., infirmière en consultations**;
- ▶ **Dévalorisation du travail**
« Je suis continuellement dérangée quand je fais un soin, toujours pour de bonnes raisons! Et mon travail, ce n'est pas une bonne raison? » **Céline L., infirmière en médecine B**;
- ▶ **Stress professionnel** :
 - **pression de production** : « On a encore commencé en retard; il va falloir speeder si on veut respecter nos engagements vis-à-vis des patients. » **Pierre H., chirurgien orthopédiste**,
 - **peur de l'erreur** : « Je suis sans arrêt dérangé pendant ma visite. Ça m'énerve... Je ne sais plus où j'en suis! » **Patricia R., cardiologue**,
 - **agressivité des patients** : « Je n'ose plus me montrer en salle d'attente, ils en ont marre d'attendre et je suis à court d'arguments. » **Maud M., secrétaire médicale aux consultations**;
- ▶ **Recours à des heures supplémentaires et/ou à l'intérim**
« On vient de s'apercevoir que tous les praticiens partiront en congés en août. Cela va nous coûter cher en intérimaires! » **Nadia M., responsable du bureau PM**.

Ces exemples d'irritants constituent des marqueurs à prendre en compte dans le diagnostic. Par ailleurs, des indicateurs de turn-over ou d'absentéisme mal orientés peuvent également souligner une situation de défaut de synchronisation des professionnels médicaux et non-médicaux.

2.5.4 Évaluer les conséquences de la désynchronisation

Ce sont souvent les conséquences de la désynchronisation qui déclenchent l'alerte.

C'est pourquoi, dans le cadre du diagnostic, il est important de mesurer à l'aide d'indicateurs (cf. § 3 : « Bien utiliser les indicateurs ») les conséquences de la désynchronisation sur les trois champs suivants :

- ▶ Qualité-sécurité des soins;
- ▶ Conditions de travail;
- ▶ Efficience organisationnelle.

2.5.5 À l'issue de la phase de diagnostic

En synthèse, la phase de diagnostic a permis d'identifier, généralement en 3 à 4 mois, les éléments constitutifs du plan d'actions, en apportant les réponses aux questions suivantes:

- ▶ **Où?** Sur les sites présentant des signes de désynchronisation des acteurs objectivés par les indicateurs;
- ▶ **Quoi?** La typologie de déficit de cohérence des temps des acteurs (ex.: soignants / soignants, soignants / médecins, médecins / secrétaires);
- ▶ **Comment?** Les actions qui pourraient améliorer la cohérence des temps de chacun;
- ▶ **Combien?** Les valeurs initiales au démarrage du projet mesurées à l'aide des indicateurs;
- ▶ **Qui?** Les acteurs du changement (porteurs de piste +/- personnes ressources).

Partie 4 Méthodologie

2.6 Communiquer

La communication est un levier essentiel pour faire préciser le sens du projet : faire adhérer les acteurs de la prise en charge du patient à la démarche et assurer le déploiement et la pérennité des actions entreprises. Elle doit démarrer dès le début du projet.

COMMUNIQUER UTILE

C'est la mission du binôme chef de projet d'assurer la communication sur le projet.

Les actions de communication sur le projet sont réalisées tant auprès des instances (directoire, CME, CSIRMT et CTE) qu'auprès de l'ensemble du personnel. Elles permettent notamment :

- ▶ **D'engager/adouber/valoriser les responsables de projet devant la communauté hospitalière ;**
- ▶ **De faire remonter les informations du terrain et de susciter des candidatures ;**
- ▶ **D'informer et/ou de mobiliser l'ensemble du personnel concerné ;**
- ▶ **De partager sur les résultats obtenus.**

La communication sur le projet est utile :

- ▶ **Pour partager le diagnostic réalisé par l'établissement ;**
- ▶ **Lorsque des résultats bons ou mauvais sont objectivables : les échecs aussi peuvent être porteurs de sens ;**
- ▶ **Lors du déploiement des pistes de travail dans l'établissement.**

En complément des présentations régulières dans les instances, des supports de type lettre d'information périodique (ex. : jointe au bulletin de paie) et/ou intranet peuvent être utilement mobilisés.

2.7 Élaborer le plan d'actions

Un diagnostic qui ne comporterait pas de plan « thérapeutique » n'aurait aucune utilité. Faire un diagnostic de désynchronisation des temps médicaux et non-médicaux crée dans les équipes une forte attente de mise en œuvre d'actions correctrices. Cette attente sera satisfaite par l'élaboration d'un plan d'actions précis et rythmé.

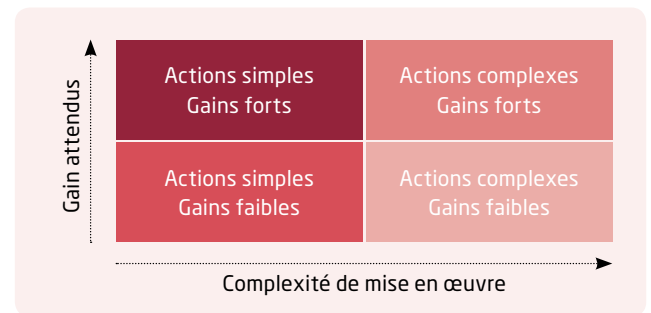
2.7.1 Sélectionner les actions

Les gains prévisibles sont identifiés par des indicateurs opérationnels (cf. § 3 : « Bien utiliser les indicateurs ») révélateurs des conséquences de la désynchronisation des temps et dont la cible fixe l'intensité de l'amélioration attendue.

L'amélioration de la cohérence des temps médicaux et non-médicaux ne peut être généralisée d'emblée. Ce sont des expérimentations successives et convaincantes, commençant par des actions pilotes, qui vont inciter le reste de la communauté hospitalière à s'approprier la démarche. Cette sélection des actions est une étape importante du projet. Elle peut être définie à l'aide d'une matrice qui va permettre de classer les actions en termes de gains et de complexité pour apprécier celles à accomplir en priorité.

Cette sélection, établie par le binôme chef de projet, peut être soumise à l'avis des instances de l'établissement. Cet avis permet notamment de renforcer la légitimité du projet.

Figure 8 : Exemple de grille de sélection des actions



D'une manière générale, il vaut mieux prioriser les actions les plus porteuses de gains, notamment en matière de qualité des soins et rencontrant les freins les plus faibles.

2.7.2 Rédiger le plan d'actions

Le plan d'actions doit être la concrétisation de la détermination à agir. Il a une valeur contractuelle et engage les responsables des actions écrites.

Il est le support du dialogue entre les porteurs de piste et les chefs de projet ainsi que des décisions du COMOP.

Il comporte obligatoirement (cf. § 4.5 : « La mallette du chef de projet ») :

- ▶ L'identification des actions et sous-actions de la (des) piste(s) de travail ;
- ▶ Le nom du responsable de l'action ;
- ▶ Les échéances ;
- ▶ Les indicateurs de départ (T0), à date et cibles.

Partie 4

Méthodologie

DE L'INCANTATION À L'ACTION

Nos établissements de santé abondent de rapports et audits en tous genres qui posent un diagnostic et même parfois expriment des recommandations mais dorment dans les tiroirs. Ces « faut qu'on, y'a qu'à » n'ont jamais connu le moindre début de mise en œuvre.

Cette mise au « congélateur » en arrange plus d'un. Il faut reconnaître que la culture du plan d'actions est encore peu répandue dans nos établissements.

Mais lorsqu'on veut vraiment que « ça change », il faut transformer immédiatement ces recommandations et autres feuilles de route en plan d'actions. Ce moment est essentiel car il permet de préciser les responsabilités de mise en œuvre et l'engagement assumé de chacun.

2.8 Mettre en œuvre

2.8.1 Mettre en œuvre et piloter les actions

La mise en œuvre des actions incombe aux équipes de piste sous la direction du binôme porteur de piste. Elle est aisée si les acteurs se sont approprié le projet, s'ils sont convaincus du bien-fondé des actions entreprises. Leur mobilisation est essentielle pour que l'avancement permette des améliorations rapides.

Le meilleur outil de motivation reste encore la publication régulière des indicateurs de résultats en vérifiant qu'ils soient réellement accessibles à tous et en les utilisant comme support d'une animation / émulation entre équipes.

Il incombe aux porteurs de piste de s'assurer de l'avancement conforme des travaux de leur piste. Ils organisent notamment des points d'échange avec les personnes ressources pour suivre l'avancement des actions et de leurs résultats.

Les modalités de réalisation des travaux ayant été précisément définies en amont, un outil de suivi pourra être proposé non seulement pour le suivi du projet, mais également pour communiquer autour de la démarche.

2.8.2 Évaluer le suivi des actions et corriger si nécessaire

Grâce au suivi rigoureux des actions, facilité par les outils d'aide au pilotage du projet, les écarts à l'objectif sont repérés sans délai, ce qui permet d'adapter si besoin des mesures correctrices.

C'est lors de cette phase de mise en œuvre que des outils de synchronisation des temps médicaux et non-médicaux (trame, maquette, cartographie, charte, règlement intérieur, convention, etc.) sont créés ou adaptés et utilisés.

À chaque étape du projet, telle que définie dans le plan d'actions, un bilan de chacune des actions est réalisé lors d'un COMOP. Il se fonde sur la mesure des indicateurs ainsi que sur l'inventaire des freins et leviers rencontrés lors de la mise en œuvre.

Que faire des actions qui n'ont pas atteint leur objectif dans les temps? Si un délai supplémentaire, un aménagement des objectifs ou une modification du portage de la piste sont nécessaires pour obtenir un résultat significatif, l'action doit être poursuivie sous cette modalité ajustée. En revanche, si les obstacles constatés paraissent rédhibitoires, l'action doit être abandonnée. Toutefois, le dysfonctionnement auquel elle était censée remédier persistant, l'échec de la piste doit être signalé à l'autorité de l'établissement, seule responsable de la suite à donner.

En fin de projet, les actions qui ont donné les résultats les plus probants doivent être présentées aux instances de l'établissement en vue :

- ▶ D'assurer leur pérennisation notamment grâce au suivi régulier d'indicateurs significatifs;
- ▶ De déployer la méthodologie sur d'autres pistes.

Il n'est peut-être pas inutile non plus de présenter aux mêmes instances les actions qui ont échoué et les raisons de cet échec.

2.9 Pérenniser

« Nous avons pu mener à bien ces pistes d'actions grâce à des porteurs de piste dynamiques, convaincus et bien coordonnés par des chefs de projet attentifs, présents et rigoureux. Il faut leur rendre hommage. Mais tout le monde est parti... Les acquis vont-ils rester? »

Toute action humaine est susceptible de naufrage si ses modes de pérennisation ne sont pas envisagés dès le début. La synchronisation des temps médicaux et non-médicaux n'échappe pas à la règle : les moyens de préserver les acquis doivent être identifiés avant de débiter les actions. Cela pourrait même être un critère de choix de ces dernières.

Un de ces moyens serait d'intégrer définitivement le thème de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux dans toutes les organisations de soins afin d'en faire un critère de performance de l'établissement.

Partie 4

Méthodologie

Cela conduirait à porter le sujet, en y insérant un suivi systématique de ses indicateurs dans les documents de référence de l'établissement :

- ▶ Projet d'établissement;
- ▶ Règlement intérieur;
- ▶ Contrats de pôle / projets de structure;
- ▶ Chartes de fonctionnement des unités (ex. : bloc opératoire, services);
- ▶ Bilan social annuel;
- ▶ Rapport d'activité de l'établissement, du pôle, etc.

On ne répétera jamais assez que c'est surtout le suivi régulier de quelques indicateurs de la synchronisation des temps qui achèvera de convaincre les équipes médico-soignantes de pérenniser la démarche.

2.10 Déployer

Une « belle histoire », conduite sur un site ou dans un service doit pouvoir donner envie à l'ensemble d'une communauté hospitalière. Le résultat « gagnant / gagnant » ne peut que faire envie, à condition qu'il soit bien documenté. De ce point de vue, la qualité et la simplicité d'une communication porteuse de sens seront des atouts pour convaincre les « nouveaux ».

Reste à déterminer qui peut donner le signe de la généralisation des démarches qui pourraient être profitables à tous. Comme pour le début du projet, c'est encore un binôme médico-soignant qui devra être l'élément déclenchant, de préférence le président de la CME et le directeur des soins, avec l'implication du chef d'établissement.

Sur le plan méthodologique, les choix pourront être faits entre une généralisation systématique et un déploiement progressif sur la base du volontariat.

3. Bien utiliser les indicateurs

La lecture des indicateurs du projet est non seulement utile dans la phase de diagnostic, en objectivant une (ou des) situation(s) de départ, mais aussi dans le suivi des améliorations obtenues en matière de synchronisation des temps.

Intégrés dans le plan d'actions, ces indicateurs peuvent être regroupés dans un tableau de bord. Il est important que l'équipe qui mettra en œuvre l'action choisisse elle-même les indicateurs porteurs de sens qu'elle souhaite suivre.

Les résultats obtenus et leur évolution permettent de rendre compte et de communiquer dans l'établissement.

3.1 Pour convaincre et sortir des ressentis ...

Les vertus des indicateurs sont multiples :

- ▶ Objectiver les dysfonctionnements;
- ▶ Communiquer dès le début du projet et indéfiniment;
- ▶ Convaincre les incrédules;
- ▶ Se fixer des objectifs;
- ▶ Susciter l'émulation;
- ▶ Garder la mémoire du point de départ et visualiser le chemin parcouru;
- ▶ Pérenniser la dynamique.

3.2 Rester prudent et garder un regard critique

Quelques précautions sont toutefois nécessaires :

- ▶ La définition des indicateurs doit être très précise, intégrant notamment le périmètre, les sources, les moyens de récolte des informations, la périodicité;
- ▶ La reproductibilité de son mode de calcul est à assurer par la formalisation de cette définition dans une carte d'identité de l'indicateur;
- ▶ Les premières mesures (T0) sont à réaliser avant toute mise en œuvre d'action, au risque de ne pas pouvoir identifier l'efficacité de ces dernières;
- ▶ La définition d'une valeur cible est à concevoir dans une temporalité définie;
- ▶ La communication des résultats doit être large mais sans stigmatiser les individus. Dans un premier temps, il est bon de dépersonnaliser les résultats;
- ▶ Il faudra garder en mémoire que les indicateurs sont rarement « purs » et leur variation rarement dépendante d'un seul élément;
- ▶ Enfin il ne suffit pas de veiller uniquement à la bonne orientation des indicateurs et encore moins d'un seul indicateur. Un regard croisé sur le résultat des indicateurs et sur l'analyse globale des données doit rester la règle.

3.3 Gérer les indicateurs avec méthode

Un indicateur est une donnée objective et quantifiée dont l'exploitation permet de faire le point, d'une façon plus ou moins spécifique, par rapport à un objectif prédéterminé : objectif de sécurité des soins par exemple.

Il doit être :

- ▶ Spécifique, autant que possible....;
 - ▶ Mesurable aisément par tous et de façon économique;
 - ▶ Vérifiable par un système de validation des données;
 - ▶ Accepté et porteur de sens;
 - ▶ Fixé dans le temps => de départ, à date et cible. Son évolution peut être lue de façon pérenne dans un tableau de bord.
- Un responsable de son recueil est identifié.

Partie 4 Méthodologie

Son résultat fait périodiquement l'objet d'une communication et/ou est intégré dans un document de type rapport d'activité et/ou dans les EPP³. La robustesse des indicateurs doit être confirmée par un système de contrôle et de validation des données.

L'indicateur peut être calculé de manière globale pour l'établissement et/ou individualisé par structure, unité, service ou pôle.

3.4 Exemples d'indicateurs

Voici quelques indicateurs parmi les plus utilisés par les établissements accompagnés dans le cadre du projet. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive.

Certaines équipes ont créé des indicateurs directement reliés à leur préoccupation en matière de synchronisation des temps. Exemple : « nombre d'interruption pendant la distribution des médicaments », « nombre d'appels téléphoniques au praticien pendant la visite ».

La publication des indicateurs auprès des professionnels concernés a une forte efficacité pédagogique. Elle représente un facteur de motivation collective qui ne doit pas être sous-estimé.

3.4.1 Dans le champ de la qualité et sécurité des soins

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont parmi les plus difficiles à mesurer. Et pourtant, ce sont ceux qui sont le plus gravement impactés par la désynchronisation des intervenants autour du patient.

Figure 9 : Exemples d'INDICATEURS dans le champ de la qualité des soins

Nom de l'indicateur	Objectif / Intérêt	Mode de calcul	Indicateurs reliés	Exemple de cible
Délai d'attente du patient.	Indicateur opérationnel assez fidèle de la coordination des intervenants auprès de lui.	Heure de prise en charge du patient - heure de rendez-vous donné. Mesure effectuée sur une durée courte, répétée et si possible automatisée.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Taux de satisfaction des patients ; ▶ Taux de satisfaction des professionnels 	< 20 mn
Nombre de signalements d'événements indésirables spécifiques.	Par une communication régulière (réunion de service, revue de morbidité et mortalité) de ces événements spécifiques et de leurs conséquences, identification des points de coordination à améliorer.	Sélection systématique des fiches reliées à un défaut de cohérence des temps (ex. : attente du patient, attente d'un intervenant, absence inopinée, déficit de communication).	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Taux de satisfaction des patients ; ▶ Taux de satisfaction des professionnels. 	0 %
Taux de patients satisfaits sur le respect des horaires.	Mesure de la satisfaction du patient relative à son attente dans les différents services de l'établissement grâce au traitement des enquêtes systématiques de satisfaction.	Nombre de patients satisfaits ou très satisfaits / nombre total de questionnaires de satisfaction analysés.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Délai d'attente des patients ; ▶ Taux de satisfaction des professionnels au travail ; ▶ Nombre d'heures supplémentaires. 	> 85 %
Nombre de reports de RV ou intervention du fait d'un problème de synchronisation.	Marqueurs du défaut d'anticipation des organisations ou de coordination des acteurs.	Nombre de rendez-vous reportés à l'initiative de l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Délai d'attente des patients ; ▶ Taux de satisfaction des professionnels au travail. 	0

3 - EPP : évaluation des pratiques professionnelles.

Partie 4

Méthodologie

3.4.2 Dans le champ de la qualité de vie au travail

L'attente est l'un des principaux « irritants » du quotidien au sein d'une équipe, surtout lorsqu'elle est récurrente... et qu'elle touche toujours les mêmes. Elle est un élément de dégradation des conditions de travail souvent invisible : c'est dire l'intérêt de la mesurer systématiquement.

Figure 10 : Exemples d'INDICATEURS dans le champ de la qualité de vie au travail

Nom de l'indicateur	Objectif / Intérêt	Mode de calcul	Indicateurs reliés	Exemple de cible
Taux de satisfaction au travail.	Ressenti des professionnels quant à leurs conditions de travail et notamment sur les éléments de coordination interprofessionnelle des équipes.	Nombre de réponses satisfaites ou très satisfaites / nombre total de réponses.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Taux d'absentéisme; ▶ Taux de turn-over; ▶ Nombre d'heures de recours à l'intérim; ▶ Satisfaction des personnes soignées. 	> 80 %
Taux d'anticipation des congés à trois mois.	Marqueur de l'anticipation des organisations et de l'équité de traitement des personnels et du respect du rôle de chacun. Il relève également du domaine de l'efficacité.	Nombre de professionnels ayant transmis les dates de leurs congés X mois à l'avance / nombre total de professionnels de la structure ayant pris des congés sur la période.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Délais d'attente du patient; ▶ Satisfaction du patient sur le respect des horaires; ▶ Satisfaction au travail du personnel; ▶ Nombre d'heures supplémentaires; ▶ Nombre d'heures de recours à l'intérim. 	100 %
Retard au démarrage (ex. : bloc, visite, consultation, imagerie)..	Marqueur du nombre d'heures perdues par les professionnels à s'attendre et à faire attendre le patient.	<p>Nombre d'heures résultant de la différence entre l'heure programmée et l'heure de prise en charge effective du patient.</p> <p>Calculé sur une période et un périmètre prédéfini (ex. : bloc, visite en unité de soins).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Délais d'attente du patient par rapport à son rendez-vous; ▶ Satisfaction du patient sur le respect des horaires; ▶ Satisfaction au travail des professionnels. 	< 20 mn

Partie 4 Méthodologie

3.4.3 Dans le champ de l'efficience

L'optimisation des organisations et de la gestion des ressources humaines est un enjeu stratégique pour tout établissement de santé. Il ne s'agit pas d'accroître la productivité des professionnels mais de faire la chasse aux temps d'attente inutiles et souvent désagréables pour tous.

Figure 11 : Exemples d'INDICATEURS dans le champ de l'efficience

Nom de l'indicateur	Objectif / Intérêt	Mode de calcul	Indicateurs reliés	Exemple de cible
Taux d'heures supplémentaires.	Marqueur d'un défaut de synchronisation des acteurs (ex. : débordement lié au temps perdu à attendre d'autres professionnels).	Heures supplémentaires et complémentaires payées ou stockées sur un mois / total des heures d'obligation mensuelle de travail.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retard au démarrage; ▶ Taux de débordement; ▶ Taux d'anticipation des congés. 	< 5%
Taux d'utilisation des équipements.	Identification d'un déficit d'exploitation des équipements installés (plateau technique ou unités d'hospitalisation).	Temps d'utilisation effective de l'équipement/ temps de sa disponibilité potentielle à une date donnée.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retard au démarrage; ▶ Taux de débordement; ▶ Taux d'anticipation des congés. 	> 85%
Durée moyenne de séjour.	Indicateur de productivité et de bonne organisation, peut également être suivi pour tracer les progrès en termes de cohérence des temps des acteurs médicaux et non-médicaux.	Nombre total de journées d'hospitalisation réalisées en MCO et hors ambulatoire au cours d'une année / nombre d'entrées ou de sorties (pour cette pathologie).	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retard au démarrage; ▶ Taux de débordement; ▶ Taux d'anticipation des congés; ▶ Taux d'utilisation des équipements. 	- 1 jour

47

3.5 Exemples d'indicateurs thématiques

Les indicateurs peuvent aussi être rassemblés en fonction des sites ou des thématiques de travail. Nous indiquons ci-après ceux qui ont été le plus utilisés au cours des accompagnements de l'ANAP.

Figure 12 : Exemples d'INDICATEURS thématiques

Thème	Exemple n° 1	Exemple n° 2	Exemple n° 3
Organisation des visites.	Nombre d'appels téléphoniques à un praticien pendant la visite.	Écart de l'heure du début de la visite par rapport à l'heure prévue.	Nombre d'interruptions de la visite.
Bloc opératoire.	Taux de débordement.	Nombre de vacations armées non utilisées.	Temps d'attente du patient entre son arrivée au bloc opératoire et l'induction.
Unités de chirurgie ambulatoire.	Nombre d'heures supplémentaires liées à des fermetures tardives.	Délai d'attente entre une aptitude à la rue et une autorisation de sortie.	Temps d'attente du patient entre son arrivée et son entrée au bloc opératoire.
Hôpitaux de jour de médecine.	Nombre de déprogrammations du fait du service.	Taux d'échec partiel de prise en charge (ex. : examens ou rendez-vous non réalisés).	Temps d'attente entre la fin du bilan / traitement et la sortie du patient.
Imagerie.	Délai pour obtenir un rendez-vous en IRM.	Délai de production des comptes-rendus.	Taux de vacation armée non utilisée.
Consultations.	Nombre de déprogrammations.	Temps d'attente des patients par rapport à l'horaire du rendez-vous.	Taux de débordement.
Secrétariats.	Taux de décroché téléphonique.	Délai de production des comptes-rendus d'hospitalisation.	Taux de couverture des activités médicales par la présence d'une secrétaire médicale.
Services transversaux.	Délai entre demande et intervention des métiers transversaux.	Nombre de séances de kinésithérapies annulées pour une cause « patient non prêt ».	Taux de satisfaction des patients.

Partie 4 Méthodologie

4. Les outils du projet

L'utilisation croisée d'outils spécifiques sécurise la démarche, permettant d'assurer la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux. Pour cela, les responsables de projet s'appuieront :

- ▶ Pour les personnels non-médicaux, sur des outils existants : maquette organisationnelle et planning de présence ;
- ▶ Pour les personnels médicaux, sur des outils créés lors du projet « *synchronisation des temps* » : Trame organisationnelle médicale (TOM) et Cartographie organisationnelle médicale (COM), deux outils originaux à vocation très différente ;
- ▶ Pour tous, une règle de vie commune qui existe déjà dans les blocs opératoires et dans les unités ambulatoires. Pourquoi ne pas étendre cette pratique de la charte de fonctionnement à toutes les unités qui rassemblent des professionnels de statuts ou de métiers différents ?

Certains établissements ou certains services utilisent déjà certains de ces outils, lorsque la coordination des acteurs est un élément crucial de fonctionnement : urgences, bloc opératoire, service d'imagerie, etc. Le partage du « *qui fait quoi, où et quand ?* » est vécu par tous les acteurs comme une garantie de bonne coordination des actions. Ce partage est moins fréquent dans les unités de soins qui n'ont pas d'actions et/ou d'équipements communs. Pour autant, les besoins en matière de cohérence des temps médicaux et non-médicaux n'y sont pas moins importants et les outils indispensables aux uns peuvent être utiles aux autres.



4.1 Les outils d'aide au diagnostic

4.1.1 Réaliser une « photo » de départ : AETTAPES


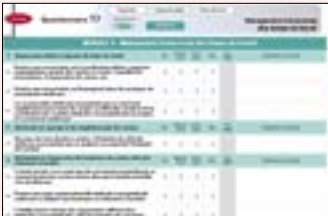
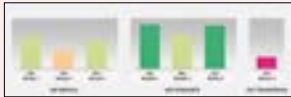

L'utilisation de l'outil, notamment dans son module « management transversal des temps » permet d'autoévaluer la maturité de la synchronisation des temps dans une structure.

48

Outil à télécharger



OUTIL AETTAPES

Pourquoi ?	Évaluer le degré de maturité et identifier les leviers prioritaires d'amélioration de l'organisation des effectifs / du temps de travail des professionnels hospitaliers.
Pour qui ?	Tout professionnel d'établissement de santé (public, privé à but lucratif et privé d'intérêt collectif) en charge de l'organisation du travail hospitalier (par ex. : directeurs : d'établissement, des affaires médicales, des soins, des ressources humaines ; chefs de pôle, cadres de santé de pôle, cadres de santé de proximité).
Comment ?	Grâce à sa simplicité d'utilisation, réaliser un diagnostic « essentiel » (questions de base - temps de réponse environ une heure) ou « avancé » (questions d'expertise - temps de réponse environ trois heures).  
Pour obtenir ?	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un graphique de résultats en termes de maturité managériale et organisationnelle (en %) ; ▶ Une suggestion de leviers d'actions corrélés aux résultats.  

Partie 4

Méthodologie

4.1.2 Objectiver le ressenti : les questionnaires de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est un outil efficace pour évaluer la situation de départ et mobiliser les équipes. De plus, c'est un bel instrument pour inciter les responsables à agir. L'utilisation d'un questionnaire de satisfaction, après une préparation minutieuse du contenu et de la méthodologie d'exploitation, permet d'objectiver le ressenti intuitivement perçu par les acteurs hospitaliers. Quelques précautions d'usage s'imposent avant son utilisation :

- ▶ S'assurer que les questions seront bien comprises (test du questionnaire);
- ▶ N'utiliser ce moyen que dans le cadre d'une démarche globale d'amélioration, sous peine de créer de la frustration;
- ▶ Se tenir prêt à découvrir et par conséquent à traiter un danger que l'on ne soupçonnait pas, par exemple un risque dans les soins;
- ▶ Renouveler l'enquête après les évolutions réalisées pour s'assurer de l'amélioration des résultats.

Deux types de questionnaires peuvent être mobilisés :

- ▶ Le questionnaire destiné au patient ou à sa famille : leur avis sur la prise en charge permet aux équipes de se rendre compte de l'écart existant entre les attendus de la personne soignée et la prise en charge effectivement réalisée. Le questionnaire E-satis (HAS/IPAQSS)⁴ propose une évaluation de la satisfaction du patient hospitalisé qui peut utilement être complétée par quelques questions ciblées sur le thème de la synchronisation des temps professionnels;
- ▶ Le questionnaire destiné aux professionnels : complété à distance voire anonymisé, ce questionnaire permet aux personnels d'exprimer leur ressenti en matière d'organisation du travail et de qualité de vie au travail.

Pour pouvoir obtenir un indicateur spécifique pour le thème, il importe que l'enquête intègre au moins une question sur l'insatisfaction qui pourrait résulter d'un manque de coordination des temps médicaux et non-médicaux telle que :

Pour un questionnaire à destination des patients

- ▶ Comment évaluez-vous votre délai d'attente par rapport à votre rendez-vous?
 - Parfaitement adapté,
 - À peu près adapté,
 - Un peu trop long,
 - Beaucoup trop long.
- ▶ Quelle est votre vision de la coordination des acteurs de l'équipe autour de votre prise en charge?
 - Parfaitement coordonnée,
 - Assez bien coordonnée,
 - Coordination perfectible,
 - Manque total de coordination.

Pour un questionnaire à destination des professionnels

- ▶ Estimez-vous que le temps moyen journalier à attendre vos collègues ou d'autres intervenants auprès du patient est :
 - Très pénalisant pour les prises en charge,
 - Parfois pénalisant pour les prises en charge,
 - Très peu pénalisant pour les prises en charge,
 - Sans importance.
- ▶ Pensez-vous que vous êtes interrompu(e) dans vos tâches quotidiennes
 - Très souvent,
 - Assez souvent,
 - Assez peu souvent,
 - Pas du tout.

49

4.2 Les outils d'aide à la gouvernance d'une structure

4.2.1 Charte de fonctionnement d'une structure hospitalière

Outil à télécharger



CHARTRE DE FONCTIONNEMENT D'UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE

Aperçu



La charte de fonctionnement d'une structure hospitalière (ex. : unité fonctionnelle, service) est un document qui décrit son organisation interne, son fonctionnement et qui a valeur de règlement intérieur. Il s'agit d'un document partagé entre tous les professionnels concernés, dont la légitimité peut être renforcée par l'intermédiaire d'une co-signature.

4 - e-Satis questionnaire HAS/IPAQSS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030359/fr/ipaqss-e-satis-tout-pour-le-recueil-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-de-48h-mco)

Partie 4

Méthodologie

La charte de fonctionnement d'une structure hospitalière présente un triple intérêt :

- ▶ C'est une référence des droits et devoirs de chacun : les règles qu'elle fixe constituent un cadre de travail sécurisant et équitable pour tous, notamment en matière de synchronisation des temps;
- ▶ C'est un document d'appui pour les responsables de la structure chargés de faire respecter les règles communes de fonctionnement;
- ▶ Elle est doublement positive pour les candidat(e)s à un recrutement dans la structure. Elle est la preuve que les professionnels ont réussi à se mettre d'accord sur des règles de vie commune qui constituent le cadre de l'emploi. Ainsi la charte de fonctionnement apparaît comme un outil d'attractivité de la structure.

CONTENU D'UNE CHARTE DE FONCTIONNEMENT D'UNE STRUCTURE

Le contenu de ce document est libre et dépend de la forme, de la taille et de l'organisation de la structure. Toutefois, pour répondre aux objectifs mentionnés ci-dessus, il doit comporter au moins les éléments suivants :

- ▶ Les missions, les objectifs et les activités de la structure ;
- ▶ Les éléments structurels : localisation, capacité, équipement, système d'information ;
- ▶ Les éléments fonctionnels : métiers, fonctions, répartition des responsabilités, organigramme, référence aux fiches de poste ;
- ▶ Les éléments d'articulation des temps médicaux et non-médicaux : horaires de fonctionnement, référence aux outils TOM, COM, maquettes organisationnelles, plannings et règles d'organisation des absences et des remplacements ;
- ▶ Les éléments organisationnels : horaires, visites, transmissions, réunions de service, parcours de soins (entrées, sorties, transferts), continuité et permanence des soins, interfaces externes notamment avec les urgences et le plateau technique, secrétariat et accueil des étudiants ;
- ▶ Les indicateurs : DMS, temps d'attente, nombre de patients/jour, consultations/jour, interventions/jour, résultats d'enquête de satisfaction.

La charte de fonctionnement est rédigée en équipe, sous la responsabilité du cadre de santé et du chef de la structure, en cohérence avec les autres documents déjà existants dans l'établissement. La version détaillée vise à définir avec précision les organisations; elle peut être complétée par une charte synthétique, reprenant les éléments fondamentaux, et plus aisément utilisable au quotidien.

Dès sa conception, les modalités d'évaluation de la charte sont à définir. Lorsqu'il est finalisé, le document est daté et signé par les responsables du service. Sa réactualisation est prévue à échéance fixe et à chaque événement impactant le fonctionnement de la structure.

Elle est remise à chaque professionnel, à chaque nouvel arrivant et est rendue largement accessible : affichage dans le service, publication sur intranet...

4.2.2 Chartes thématiques


La spécificité de certains services ou plateaux techniques peut rendre légitime la recherche d'exemples de chartes de fonctionnement thématiques. En particulier les blocs opératoires, plateaux d'imagerie et de consultations, services d'urgences et unités ambulatoire sont autant de structures qui ont leurs propres modalités d'organisation, de même que certains services de spécialité (ex. : psychiatrie).

C'est pourquoi, les établissements contributeurs du projet ont mis au point, sous la supervision de l'ANAP, des exemples de chartes thématiques à compléter.

4.3 Les outils de formalisation des besoins théoriques du service


4.3.1 Trame d'organisation médicale (TOM)

Outil à télécharger



TRAME D'ORGANISATION MÉDICALE (TOM)

Aperçu



L'objectif de la trame d'organisation médicale est de formaliser, de façon non nominative indépendamment de toute contrainte, les besoins en temps médical nécessaires pour répondre aux missions de prise en charge des patients dans la structure.

Elle se distingue d'une maquette d'organisation dans le sens où elle décrit, de façon idéale et indépendamment de toute contrainte, les besoins en temps médical pour faire fonctionner une unité ou un service. Elle fait appel au sens de la responsabilité des praticiens qui la produisent et pourront être amenés à l'argumenter.

Partie 4 Méthodologie

La TOM, rédigée collégialement par les praticiens de la structure, avec le responsable médical et paramédical, permet d'étayer le dialogue de gestion :

- ▶ Interne au service : répartition du temps médical au regard des besoins des patients et de la cohérence des temps médicaux et non-médicaux de la structure. C'est également un outil d'aide au lissage des activités et d'amélioration de l'offre de soins de la spécialité;
- ▶ Externe au service : négociation des temps médicaux avec le chef de pôle et l'administration (ex. : révision des effectifs). Elle est un document d'appui pour tout nouveau recrutement médical.

CONTENU D'UNE TRAME ORGANISATIONNELLE MÉDICALE (TOM)

La TOM décrit par type d'activité (consultations, plateau technique, visites des patients, etc.) les besoins non nominatifs de la structure en temps et compétences médicales. Ces besoins sont exprimés en heures sur une semaine type.

Toutes les activités peuvent être décrites dès lors qu'elles utilisent régulièrement un volume significatif de temps médical. Celles qui dépendent du temps médical plus sporadiquement ou sur un temps trop court peuvent être regroupées sous un terme générique collectif (ex. : réunions, activités administratives).

La TOM se décline en plusieurs versions :

- ▶ La version « standard » : fonctionnement habituel de la structure;
- ▶ La version « allégée » : fonctionnement du service dans des périodes d'absences connues des professionnels (ex. : congés annuels, congrès).

La TOM est actualisée au moins une fois par an et à chaque nouvel événement affectant la marche de la structure. Lors de son actualisation, la TOM peut être ajustée au regard de l'activité produite, ce qui peut conduire le responsable de la structure à revoir la répartition des activités médicales (ex. : regroupement de deux vacations insuffisamment pleines).

La TOM est validée par le chef de pôle. Son existence et sa fréquence d'actualisation sont indiqués dans la charte de fonctionnement de la structure.

4.3.2 Maquette organisationnelle des personnels non-médicaux

Outil à télécharger



MAQUETTE ORGANISATIONNELLE DES PERSONNELS NON MÉDICAUX

Aperçu



La maquette organisationnelle des personnels non-médicaux est un outil qui permet de formaliser l'organisation hebdomadaire et les besoins en ressources humaines au regard des variations d'activité.

Elle est réalisée et révisée annuellement par le cadre de santé de la structure. Toutes les maquettes sont validées et colligées par le cadre de pôle et/ou la direction des soins de l'établissement; servent de support au dialogue de gestion des ressources humaines.

CONTENU D'UNE MAQUETTE ORGANISATIONNELLE NON-MÉDICALE

La maquette décrit par métier, de manière non nominative, les horaires de présence et les besoins pour la structure en nombre de personnes physiques, remplacements compris.

La maquette, pour prendre en compte les variations d'activité, se décline en :

- ▶ Période « normale » : fonctionnement habituel de la structure;
- ▶ Période « basse » : fonctionnement du service dans des périodes d'absences connues des professionnels, de diminution de capacité (ex. : congés annuels, congrès);
- ▶ Période « haute » : fonctionnement du service dans des périodes de surcroît d'activité.

Par ailleurs, il peut être réalisé une maquette « minimum » de sécurité pour les événements ponctuels (ex. : grèves).

Partie 4 Méthodologie

4.3.3 En pratique, comment fait-on ?

Lorsque les organisations médicales et paramédicales sont formalisées et connues, la synchronisation médico-paramédicale devient possible.

C'est pourquoi les modalités de synchronisation de la maquette paramédicale et de la trame d'organisation médicale sont précisées dans la charte de fonctionnement du service / plateau technique.

4.4 Les outils de formalisation de l'organisation opérationnelle

4.4.1 Cartographie d'organisation médicale (COM)

Outil à télécharger



CARTOGRAPHIE D'ORGANISATION MÉDICALE (COM)

Aperçu



L'objectif de la cartographie d'organisation médicale est de faire connaître aux équipes soignantes la répartition nominative hebdomadaire des praticiens pour chaque activité de la structure. Elle contribue ainsi à coordonner les présences non-médicales et médicales au sein du service et des activités associées.

La COM est rédigée semaine par semaine par le responsable de la structure ou son représentant, en concertation avec l'ensemble des praticiens.

Dans l'idéal, elle est anticipée sur une période de quatre semaines glissantes. C'est pourquoi le respect des règles de planification des absences et congés est un préalable indispensable à l'élaboration fiable de la COM.

CONTENU D'UNE CARTOGRAPHIE D'ORGANISATION MÉDICALE (COM)

La COM doit préciser :

- ▶ La liste des activités médicales de la structure et leur découpage éventuel en fractions de journée;
- ▶ L'identification du praticien chargé de réaliser la dite activité ou d'y participer. Lorsque le praticien est absent (congés, activités en dehors de la structure) et qu'il n'a pas de remplaçant identifié pour cette activité, la mention « annulé » est précisée pour cette activité;
- ▶ La désignation du praticien chargé d'assurer la continuité (notamment à l'heure du déjeuner) et la permanence des soins.

La COM est accessible rapidement à l'intérieur de la structure au moins par affichage.

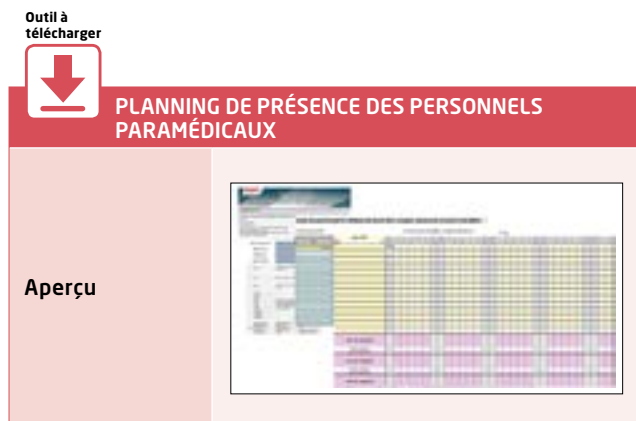
À la différence du tableau de service, la COM n'est pas un outil administratif de suivi des présences.

Figure 12 : TOM versus COM : une lettre qui fait toute la différence

Caractéristiques	TOM	COM
Expression des besoins en temps médicaux	✓	
Support au dialogue de gestion	✓	
Description de la disponibilité médicale		✓
Nominative		✓
Lien avec la maquette organisationnelle non médicale	✓	
Lien avec le planning du personnel non médical		✓
Révision hebdomadaire		✓
Affichage dans la structure		✓

Partie 4 Méthodologie

4.4.2 Planning de présence des personnels paramédicaux



L'objectif du planning de présence paramédicale est de faire connaître la répartition nominative mensuelle des personnels pour chaque métier de la structure. Il contribue ainsi à coordonner les présences non-médicales entre elles et avec les présences médicales au sein de la structure.

Le planning est élaboré chaque mois sous la responsabilité du cadre de santé qui en fixe les règles de gestion. Pour les personnels en horaire variable, il est réalisé sur la base d'un cycle de travail qui se répète à l'identique d'un cycle à l'autre, pour les salariés d'une même équipe.

La planification des absences et congés est un préalable indispensable à l'élaboration fiable du planning. Le planning doit être réalisé en corrélation avec la cartographie organisationnelle médicale pour une adéquation rigoureuse des besoins à l'activité.

CONTENU DU PLANNING

Le planning comporte les éléments suivants :

- ▶ Le code horaire de chaque poste occupé par jour et par personne dans le calendrier du mois;
- ▶ Les horaires de chaque poste (début, fin de poste, heures de pause);
- ▶ Les jours de repos, de congé et autres absences;
- ▶ La date de réalisation du planning et la signature du responsable.

Le planning est facilement accessible et à tout moment au sein de la structure, par exemple par affichage.

Figure 13 : Maquette versus planning

Caractéristiques	Maquette	Planning
Expression des besoins en présence	✓	
Expression des variations d'activité	✓	
Support au dialogue de gestion	✓	
Nominative		✓
Lien avec la TOM	✓	
Lien avec la COM		✓
Révision mensuelle		✓
Affichage dans la structure		✓

4.4.3 Pour synchroniser la COM et le planning

Les modalités de synchronisation du planning paramédical et de la cartographie d'organisation médicale sont formalisées dans la charte de fonctionnement du service / plateau technique (cf. § annexes, charte de fonctionnement, partie : « Éléments d'articulation des temps médicaux et non-médicaux »).

Sur le plan opérationnel, le cycle de travail est conforme aux besoins définis dans la maquette organisationnelle et est interfacé avec la cartographie médicale et l'activité prévisionnelle.

4.5 La mallette du chef de projet : outils de pilotage / gestion du projet

La création d'outils adaptés au pilotage ou à la gestion d'un projet est un exercice difficile et chronophage. Lors de l'appui à la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux, les équipes projet ont mis au point différents outils d'aide au management de projet.

Ces outils servent à jalonner l'avancement et les rendus de production au cours du projet. Ils représentent par ailleurs des supports de communication et permettent la traçabilité de la démarche.

Partie 4 Méthodologie

4.5.1 Trame de supports réunion

Outil à télécharger



TRAME DE SUPPORTS RÉUNION

Aperçu



Lors de l'appui à la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux, les équipes projet ont identifié plusieurs types de support de réunion correspondant à des étapes-clé du projet :

- ▶ Lancement : ce support comporte notamment les éléments de présentation du projet (objectif, durée, moyens, etc.), la description des missions des acteurs du projet, l'énoncé de la méthode et la liste des pistes à travailler ou celle des actions à mener ;
- ▶ Comité de pilotage : ce support permet de visualiser de manière synthétique un point d'avancement et un écart à l'attendu (via les indicateurs suivis), ainsi que les éléments à arbitrer et/ou à appuyer spécifiquement pour garantir le succès du projet ;
- ▶ Fin de projet - pérennisation et/ou déploiement : ce support comporte la synthèse de ce qui a été accompli, les éléments qui vont garantir la pérennisation des résultats obtenus et la méthode pour déployer le projet vers d'autres sites.

4.5.2 Document de suivi des réunions

Outil à télécharger



DOCUMENT DE SUIVI DES RÉUNIONS

Aperçu



Véritable historique du projet, le document de suivi des réunions synthétise les différents événements, rencontres et séances de travail qui jalonnent le projet. Les déprogrammations, imprévus et ajustements y sont également consignés.

Ce type de document facilite la transmission éventuelle du dossier vers de nouveaux acteurs. Il peut également constituer une base de rédaction d'un rapport de fin de projet.

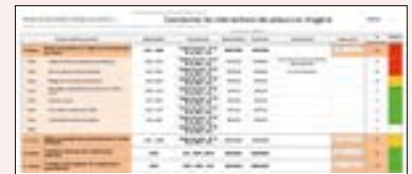
4.5.3 Tableau de suivi du plan d'actions

Outil à télécharger



TABLEAU DE SUIVI DU PLAN D'ACTION

Aperçu



Pour réaliser un suivi méthodique et exhaustif des différentes tâches à mener pour chaque action dans chacune des pistes du projet, un outil peut s'avérer utile : le tableau de suivi des actions. Cet outil est destiné à visualiser l'avancement sous deux aspects :

- ▶ La réalisation des tâches ;
- ▶ Le respect des échéances.

Le management du projet peut déléguer aux porteurs de piste la charge de compléter le volet correspondant à la piste qu'ils portent. L'intérêt de cette démarche est de permettre aux porteurs de piste de réaliser une analyse de l'avancement à date des travaux dont ils sont chargés.

Enfin, l'outil peut comporter un volet dédié permettant le suivi détaillé de la mise en œuvre du plan de communication du projet, dans tous ses aspects (intranet, écrits, présentations, instances, etc.)

Partie 4

Méthodologie

4.5.4 Outil de suivi des indicateurs

Outil à télécharger



OUTIL DE SUIVI DES INDICATEURS

Aperçu



Pour faciliter la visualisation globale des résultats et leur bonne orientation vers la cible, un outil de suivi des indicateurs peut utilement compléter l'outillage du chef de projet.

- ▶ **Carte d'identité des indicateurs** : avant de commencer tout calcul, il est incontournable d'avoir stabilisé la définition, les modalités de recueil et de calcul des indicateurs du projet ;
- ▶ **Tableau de bord des indicateurs** : afin d'assurer un suivi selon la temporalité voulue lors du cadrage du projet, la mesure des indicateurs est colligée dans un tableau de suivi.

Annexes

Trois annexes complètent ce guide et sont téléchargeables sur le site internet de l'ANAP.

- ▶ **Annexe 1 : Historique du projet : une démarche en trois étapes**
- ▶ **Annexe 2 : Points de repère : synthèse des retours de test de l'outil AETTAPES**
- ▶ **Annexe 3 : Les outils de la synchronisation des temps**
 - Outils de formalisation de l'organisation d'un service / plateau technique
 - Outils de formalisation des besoins théoriques
 - Outils de formalisation de l'organisation opérationnelle



Remerciements

Cette publication s'est enrichie de l'expérience :

Des chefs de projet et des équipes des 30 établissements accompagnés

Des consultants des cabinets d'appui terrain : CERCLH, PERSPECTIVE, CAP GEMINI et ARTHUR HUNT

Des étudiants de l'Exécutive MBA Santé, université Paris-Dauphine - promotion 2012-2013 : **Assiya Abaragh, Mourad Aissou, Isabelle Bouyssou, Emma Humbert**

Des relecteurs de la version 1

- ▶ **Dr Patrick Airaud**, chargé de mission à la direction de la stratégie et des partenariats, ARS Bretagne
- ▶ **Dr François Aubart**, conseiller médical pour l'offre de soins à l'ARS Nord - Pas-de-Calais
- ▶ **Jean-Marie Barbot**, Directeur du CHS Fondation Vallée, président de l'adRHess (association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux)
- ▶ **Myriam Bonnerre**, chargée de mission à l'ARS Bretagne, direction adjointe en charge des professionnels de santé et des cadres en établissement
- ▶ **Dr Jean-Yves Grall**, directeur général de l'ARS Nord - Pas-de-Calais
- ▶ **Sophie Leonforte**, directrice des ressources humaines au CHS le Vinatier de Bron (69)
- ▶ **Thomas Le Ludec**, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS
- ▶ **Lyne Pelletier**, directrice générale du Conseil québécois d'agrément (Montréal - Québec)
- ▶ **Bénédicte Simon**, directrice adjointe en charge des professions de santé et des cadres en établissements, ARS Bretagne
- ▶ **Roselyne Vasseur**, chargée de mission qualité des soins et animation du réseau soignant dans les EHPAD au centre d'action sociale de la ville de Paris

Des relecteurs de la version 2

- ▶ **Anne Bellanger**, Bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2) Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (SDPF), DGOS
- ▶ **Pascale Fraisse**, Directrice des soins, AP-HP pôle Est
- ▶ **Véronique Ghadi**, Chef de projet, HAS
- ▶ **Philippe Jullien**, Praticien hospitalier chef de service, anesthésie réanimation, Centre Hospitalier de Versailles
- ▶ **Véronique Rivat-Caclart**, Directrice des soins, centre hospitalier du Pays du Cotentin
- ▶ **Chantal Vissouarn**, Directrice des soins, centre hospitalier de Redon
- ▶ **Christian Berehouc et Christine Kiener**, (ANAP)



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique © ANAP 2017 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Mai 2017

La synchronisation des temps des acteurs de la prise en charge du patient contribue à la qualité des soins, des conditions de travail, et de l'efficacité de l'établissement.

Cette publication s'appuie sur le retour d'expérience de l'accompagnement de trente établissements. Elle fournit une démarche et des outils pour aider les établissements à améliorer la synchronisation des temps des acteurs de la prise en charge, au bénéfice des patients.

