

<https://ressources.anap.fr/ressourceshumaines/publication/2265-synchroniser-les-temps-medicaux-et-non-medicaux-aupres-du-patient-hospitalise-demarche-methodologique>

## Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique

### Sommaire

1. Introduction
2. Fiche synoptique de la déma...
3. Partie 1 : Un sujet encore...
- 4. Partie 2 : Retours sur l'ac...**
5. Partie 3 : Les grands class...
6. Partie 4 : Méthodologie

### ↪ 4. 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.

### 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

### 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.

### 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.

### 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.

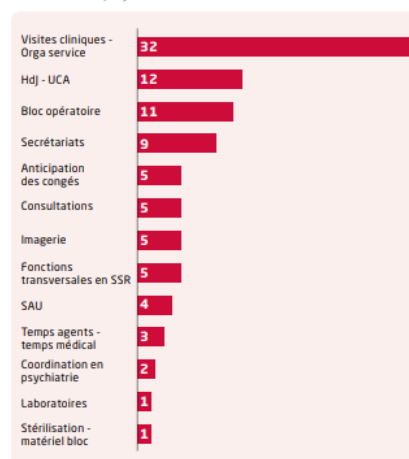
Bien que souvent méconnue, la thématique « championne » en termes de prévalence au cours des 4 années du projet est celle de la synchronisation des acteurs dans les unités de soins et/ ou lors de la visite clinique. L'acuité des difficultés de coordination des acteurs et des activités de soins se trouvant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



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.

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

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

**Le management du projet**

**LES PRATICIENS DANS LE PROJET**

Malgré l'importance d'un pilotage par un binôme médicoparamédical, l'acceptation et la participation des praticiens à ce projet de nature transversale ne paraissaient 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); u
- 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 ; u 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.

#### **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»...

### **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 démobilisées, 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 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

### **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...

## Ressources associées

### OUTIL

AETTAPES : outil d'évaluation de la gestion des effectifs et du temps de travail

### KIT DE PRODUCTIONS

Méthodologie de diffusion d'un projet de synchronisation des temps médicaux et non médicaux en établissement de santé - Kit d'aide à la mise en œuvre

### OUTIL

La mallette chef de projet

### OUTIL

Maquette organisationnelle et calcul des effectifs requis

### OUTIL

Exemples d'indicateurs projet "Synchroniser les temps médicaux et non médicaux"

### OUTIL

Outil planning - développement des cycles de travail

## Glossaire

ANAP

CH

CLCC

pilotage

Date de parution : 14/06/2017

Télécharger la production