



Les 60èmes Journées du GERHNU, séminaire de réflexion sur les bords du lac de Serre Ponçon se sont déroulées les 24 et 25 mai 2002, organisées avec le Centre Hospitalier de GAP sur le thème :

**"Le Poids des Contraintes, la force d'innover, vers une organisation hospitalière au service des usagers et des professionnels".**

Le choix de ce thème, « hospitalocentré », est apparu comme un sujet « d'urgence » au Groupe d'Etudes et de Réflexion de Hôpitaux Non Universitaires.

En effet, nous avons dans les établissements de santé, les chances et les contraintes du travail en commun et de la rencontre du prévu et de l'imprévu. Avec les évolutions scientifiques et techniques, nous sommes tous devenus, que nous soyons à l'hôpital pour nous y faire soigner ou pour y travailler « pluripraticiens-dépendants », pluricollègues-nécessitants » et « pluristruktures-intervenants ». L'argent et le temps sont devenus comptés. On a vu émerger des textes de cadrage de nos activités qui sont des incitations, voire des obligations à repenser nos façons de fonctionner.

A ce jour un grand changement est déjà amorcé, au travers notamment de la démarche liée à l'accréditation et à la mise en place de l'ARTT. Or un changement n'est pas, « un déroulement majestueux de l'histoire mais un processus d'apprentissage collectif pour inventer et fixer de nouvelles façons de jouer le jeu social »\*. Il appartient à tous les acteurs de réfléchir ensemble à une organisation nouvelle qui valorisera les compétences, sécurisera les processus et les pratiques et renforcera pour tous la capacité de confiance en l'autre.

Les journées ont été composées de deux parties.

Dans la première partie, un certain nombre d'éclairages ont été apportés.

Marie-Christine POUCHELLE, ethnologue, a traité du rôle de l'utilisateur à l'hôpital, un révélateur pour l'organisation, des ambiguïtés des attentes des patients à partir de son expérience sur des hôpitaux parisiens.

Yvan SAINSAULIEU, sociologue, a apporté une approche de la méthodologie de compréhension des organisations, notamment au travers des études qu'il a menées avec son équipe dans plusieurs centres hospitaliers.

Michel CREMADEZ, professeur à H.E.C. a développé le lien entre la stratégie, le management et l'organisation interne.

Daniel NICOLLE, chargé de projet à la D.H.O.S. a présenté le rapport qu'il a piloté sur la chirurgie, en tant qu'activité médicale, vecteur d'une réorganisation programmée, approche pragmatique et qui pose la question de savoir comment concilier haute technicité, spécialisation, équipement de pointe et accessibilité, proximité.

Danièle TOUPILLER, conseillère technique du Directeur de la D.H.O.S., passant en revue le cadre juridique et son utilisation, a réaffirmé que les établissements disposent d'une liberté étendue et insuffisamment conquise, que le partenariat entre des différents acteurs est juridiquement organisé mais inégalement appliqué, que les outils de modernisation des établissements existent et que chacun, professionnels comme usagers, se doit de concilier droits et contraintes.

Ensuite, dans la tradition du GERHNU, quatre retours d'expériences ont été présentés : celui de la contractualisation interne au C.H.U. de Nantes par le Professeur Yves HELOURY, de la gestion déconcentrée par Jean-Pierre GONDRAN, directeur, au Centre Hospitalier de Lagny Marne-la-Vallée, d'une architecture bâtie autour d'un projet organisationnel par Max

ALQUIER, directeur, et Jacques DANIS, médecin, du Centre Hospitalier du Val d'Ariège et d'une réorganisation induite par une fusion par Valérie CARRAT, directrice, de l'Institut Mutualiste Montsouris.

La deuxième partie des journées a été consacrée à des travaux en quatre ateliers, rassemblant chacun une vingtaine de professionnels hospitaliers et des conférenciers, animés par un membre du GERHNU.

Dans le premier atelier, il a été débattu de « **L'USAGER EN TANT QU'ACTEUR DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE** ».

Il faut noter que ce groupe était co-animé par une « usagère » du Centre Hospitalier de GAP.

A la question « qui est l'utilisateur ? » le groupe de travail a répondu : **le citoyen, le patient, la famille, l'accompagnant et le médecin traitant.**

A l'interrogation: « l'utilisateur veut-il être l'acteur de l'hospitalisation et le peut-il ? » : la réponse a été positive.

Dans les propositions retenues, émerge le développement de la **communication vers le citoyen, sur les contraintes et les possibles**, en utilisant des associations, des journées portes ouvertes, des supports écrits tels les bulletins municipaux, notamment.

Le patient est en attente **d'une écoute de chacun individuellement, de l'équipe, et aussi globalement de l'institution.** L'affirmation institutionnelle de cette volonté d'écoute est nécessaire, assortie de temps, de lieux et de rôles dédiés. Les expériences de **maisons d'utilisateurs** en sont une illustration extrêmement positives.

Au cours de la séance, l'accent a également été porté sur la variabilité des attentes des patients au cours des séjours. Le questionnaire de sortie est une pièce maîtresse de la prise en compte des besoins et du ressenti des utilisateurs. Cependant, il serait souhaitable d'instaurer également un **questionnaire d'entrée** et un **questionnaire de séjour** au décours des hospitalisations longues.

Le groupe a déploré la limite des rôles des utilisateurs siégeant au Conseil d'Administration. Les propositions portent sur **l'amélioration de la formation et de l'information** de ces personnes, un renforcement de la transmission de données, particulièrement avant séance et l'instauration d'un système de **relais pour le retour d'information vers les citoyens du bassin de vie** pris en charge par l'établissement.

Le deuxième atelier avait pour intitulé : "**GESTION DES TACHES, GESTION DU TEMPS**".

Une des dimensions de réflexion a été « **Prévoir et programmer** » : que la personne puisse aller **dans les bons délais à l'endroit qui convient** est un gage d'efficacité et de sécurité ainsi qu'un gisement de temps. Les établissements doivent y travailler en priorité.

Dans cette problématique, on retrouve particulièrement la gestion des **urgences**, avec deux orientations : le développement des **maisons médicales** en amont des services d'urgences et l'individualisation d'un **parc de lits dédiés** au mode d'entrée urgences, dans chaque établissement ayant pour mission l'accueil des patients en urgence. Ce parc est à mettre en place, au-delà des lits « porte », avec une répartition et un niveau de spécialisation qu'il

appartient à chacune des structures de déterminer. On peut aussi s'orienter vers des modes **d'hospitalisation d'urgence à deux degrés** : en urgence immédiate et en urgence différée.

La notion de médecin référent du séjour et de **médecins consultants mobiles** a été retenue.

Afin d'améliorer le déroulé du séjour avec un renforcement et une anticipation de la gestion des rendez-vous et de la préparation de la sortie, le groupe a proposé la création d'un poste de **coordonnateur de séjour** qui aura également un rôle d'aide au patient et aux intervenants. Le coordonnateur pourrait être un cadre de santé, spécialement dédié à cette mission, légitimé par les instances de l'établissement, connaissant la pratique des soins de l'hospitalisation et la structure. Il participera au renforcement des liens avec la ville.

« **Donner du sens au temps de l'usager** » est la deuxième dimension abordée dans l'atelier. C'est amplifier le **temps de communication** avec les patients, sur l'organisation de la prise en charge, le fonctionnement de la structure, l'état de santé, le projet. Le soutien relationnel doit être inclus et valorisé dans les missions de tous les professionnels de soin. Les aides-soignants ont un rôle particulier à jouer.

C'est également, autant que faire se peut, **reproduire les modes de vie habituels des patients hospitalisés**, en réfléchissant aux horaires de repas, de visites, à l'utilisation de la journée. Le groupe propose de favoriser aussi les rencontres entre hospitalisés : salles à manger communes pour les patients qui le souhaitent et le peuvent, encouragement à l'utilisation des salles de repos dans les services ...

« **Soigner le temps des soignants** », c'est **renforcer les procédures organisationnelles**, s'aider de **l'informatique comme outil de communication interne**, de la gestion des rendez-vous au partage d'une même culture, avec le bénéfice secondaire de l'apaisement de bon nombre de tensions.

C'est **recentrer chacun sur son cœur de métier**. Le groupe propose de reconnaître à part entière le rôle d'accueil physique et surtout téléphonique dévolu à l'équipe soignante et de mettre en place des postes d'**hôtesses**, de renforcer les **secrétariats** en les intégrant davantage à la vie du service. De même, pour ce qui concerne les tâches de gestion des flux de transport de personnes et de matériels, il est proposé de revaloriser et de développer les fonctions de **coursiers** et de **brancardiers**.

La perception individuelle du temps est fondamentale et l'organisation doit s'attacher à permettre une sensation de bien-être des personnes, notamment en évitant d'étriquer les horaires et créant des "**temps de vie** d'équipe" pour les échanges formels et informels, professionnels et au-delà.

L'atelier numéro 3 s'intitulait : « **35 = 48 + 20 – 207 : QUELS ENJEUX DE L'ARTT SUR LE METIER DE MEDECIN HOSPITALIER** ».

Le groupe a tout d'abord réaffirmé avec force que **ARTT médicale signifie «Aménagement Réduction du Temps de Travail»** et non «**Arithmétique de la Réduction du Temps de Travail**».

La mise en place du nouveau cadre est une contrainte du fait des faibles marges de manœuvre mais aussi une extraordinaire **opportunité de repenser les organisations hospitalières, les restructurations et les coopérations** tant internes qu'externes. Au travers de cette réforme,

les médecins hospitaliers peuvent devenir à part entière les acteurs de la restructuration sanitaire et de la réorganisation interne.

Au plan social, le groupe met en garde contre **trois dangers**. Le premier est de faire compter leur temps aux médecins, d'où l'éventualité d'un **changement complet des mentalités**. Au travers de ce décompte apparaît le deuxième danger qui est de **mettre l'accent sur l'écart de charge de travail** qui existe entre les différents services, spécialités, structures, et d'accroître encore le climat conflictuel présent dans bonne partie des équipes médicales hospitalières publiques. Le troisième risque est lié au fait que le calendrier et donc les modalités de mise en place de l'ARTT médical sont indépendants de ceux des autres personnels des services cliniques et médico-techniques, ce qui va à **l'encontre d'une cohésion d'équipe** et d'un mode d'organisation déconcentré par pôle d'activité. Là aussi on peut voir apparaître une détérioration des rapports entre les catégories professionnelles.

La moindre présence dans l'établissement des praticiens hospitaliers, si elle n'est pas bien pensée, va de fait modifier leur implication et leur mode de participation à la vie de l'institution, notamment pour les spécialités à service continu.

Le groupe préconise :

- ≪≪ **De mettre en cohérence le timing de mise en œuvre de l'ARTT médical et non médical**
- ≪≪ **D'aller jusqu'au bout de l'affirmation des différents modes d'exercice** des spécialités médicales en ménageant pour chacune les modalités qui conviennent, afin que les soins aux patients soient assurés et la contribution à l'institution également
- ≪≪ **D'autoriser des modalités d'adaptation** avec des possibilités d'heures supplémentaires (de la même façon que le nombre de gardes n'est jusqu'à ce jour pas imposé mais à la discrétion de chacun dans les limites de l'organisation de la permanence médicale de soins).

Le quatrième atelier réfléchissait sur « **LE PROCESSUS DE DECISION, QUELLES INSTANCES, QUELS ACTEURS ?** »

Dans les domaines des instances, le groupe a noté la **composition « métier » et non « activité » des instances consultatives** et s'est interrogé sur l'efficacité et les limites d'un tel partage, ainsi que sur l'éventuel rôle freinateur du rapprochement de l'ensemble des professionnels.

Le fonctionnement de la CME se heurte à une **défaut d'adéquation de sa composition** avec le panel de spécialités médicales et les activités transversales, non institutionnellement incluses.

De plus, sa taille est trop importante pour être un travail de groupe, à l'inverse tous les médecins n'y siègent pas, d'où une certaine ambiguïté dans le rôle des praticiens dans la marche des établissements. Les praticiens hospitaliers non chefs de service sont proportionnellement insuffisamment représentés.

Bon nombre d'assemblées fonctionnent trop souvent comme une chambre d'enregistrement de décisions prises an amont.

Le rôle disproportionné des syndicats dans le CTE au regard de leur représentativité réelle a été mis en exergue. Il a été noté aussi le chevauchement des domaines relevant du CTE avec les missions des conseils de service.

Quant au Conseil d'administration, son pouvoir est limitativement énuméré par le CSP et contraint par la situation de son étape d'intervention. Il n'a pas de pouvoir de proposition. Beaucoup de ses membres sont "en représentation", il en découle un manque d'efficacité et une démotivation. Cela mérite une réflexion sur existence missions et rôles en complémentarité avec les instances consultatives.

Le groupe a noté le bon fonctionnement des instances "techniques", telles le CLIN, le CMDMS, CSTH etc...avec des **avis experts pertinents** mais cependant une **influence limitée** dans le processus de décision. Cependant, l'accent a été mis sur l'intérêt d'une **coordination des différentes vigilances** et sur le renforcement des liens entre ces vigilances et le CHSCT en évitant les doublons.

Au sein des secteurs d'activités, l'atelier a mis l'accent sur l'effet néfaste des « **cumuls de mandats** » de certains sur la valorisation des initiatives et la motivation de l'ensemble des médecins.

L'identification de **chef de projet** semble nécessaire au développement stratégique des activités et au suivi de leur mise en œuvre, en complément des décisions prises par les instances, particulièrement dans les dimensions transversales.

Autre nouvel acteur possible : le directeur médical. Le groupe s'est positionné en défaveur d'un statut comparable à celui du Directeur des Soins et plutôt pour une personne ressource, conseil auprès de la direction et de la CME.

L'atelier a préconisé :

- ⌘ **d'utiliser les marges de liberté** qui existent dans le cadre juridique à chaque étape du processus de décision.
- ⌘ De **renforcer l'échelon local de décision**, grâce aux possibilités de délégation de gestion, qui représente une structure d'activité et non à une profession et qui est de niveau opérationnel (rôle des conseils de service, contractualisation interne)
- ⌘ De **redéfinir** la composition, les rôles et les fonctions de la **CME**, de son bureau et de son président, son degré de pouvoir de décision et de systématiser la participation de membres de la CME au comité de direction.
- ⌘ D'élire des **chefs de projet** de l'activité médicale en CME
- ⌘ De **former** les participants aux instances consultatives
- ⌘ De favoriser les **échanges directs entre services et direction**
- ⌘ D'**évaluer** le fonctionnement et les avis des différentes instances

**En clôture des travaux des 60° Journées du GERHNU, les congressistes ont conclu que l'hôpital est à un tournant majeur de son histoire. L'implication de tous les utilisateurs de chacun des établissements dans une réflexion sur une nouvelle organisation est nécessaire dans des délais brefs. Prendre du recul, garder une objectivité, accepter de voir notre réalité sont les clés pour aboutir. Sans oublier que «les mondes sociaux ne sont pas entièrement réglés ou contrôlés et que les acteurs ne peuvent jamais être réduits à des fonctions abstraites ou désincarnées ».\***

\* : Michel CROZIER