



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**La convergence des temps  
paramédicaux et médicaux :  
un enjeu de qualité et d'efficacité  
pour le directeur des soins**

---

**Lydie RIVALDI**

***« On dit que le temps change les choses, mais en fait le temps ne fait que passer et nous devons changer les choses nous-mêmes »***

**Andy Warhol (1928-1987)**

---

# Remerciements

---

Je souhaite exprimer mes remerciements :

A toutes les personnes, qui, grâce à leurs témoignages ont contribué à l'élaboration de ce mémoire et m'ont permis d'évoluer dans ma réflexion. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de nos échanges.

Aux collègues directeurs et directeurs des soins, qui m'ont accompagné avec bienveillance dans mon cheminement.

A Jean-Claude Vallée, animateur du groupe « mémoire » et Nadine Farcy, tutrice de positionnement, pour leurs précieux conseils.

A Isabelle Monnier, Nelly Levieux, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de l'E.H.E.S.P. (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) pour cette année de formation et l'accompagnement proposé.

A mes collègues de la promotion « Marie Curie », que de belles rencontres... Un clin d'œil particulier à Florence, Céline, Sylvie, Nelly et Isabelle, un prochain rendez-vous est donné à Dinard !

Aux soignants, équipes médicales, administratives, logistiques et techniques rencontrés lors de mon parcours professionnel, vos engagements et vos convictions m'accompagnent dans mes choix professionnels.

Mes pensées vont également à mon époux : Boris, pour son soutien indéfectible et sa patience, ainsi qu'à mes trois enfants : Mathilde, Hugo et Tristan pour leurs encouragements et leurs présences réconfortantes.



---

# Sommaire

---

<b>1. Introduction</b> .....	p. 1
1.1 Contexte.....	p. 2
1.2 Problématique.....	p. 3
1.3 Etapes de la démarche de travail.....	p. 4
<b>2. Cadre conceptuel</b> .....	p. 7
2.1 Le temps institutionnel à l'hôpital : « quelle définition ? ».....	p. 7
2.2 Pluralité des temporalités.....	p. 8
2.2.1 Temporalité de l'utilisateur.....	p. 9
2.2.2 Temporalité du personnel paramédical.....	p. 9
2.2.3 Temporalité du personnel médical.....	p. 11
2.3 Temporalités et performance hospitalière.....	p. 12
2.3.1 La coordination entre professionnels « socle de la qualité des soins ».....	p. 13
2.3.2 L'enjeu organisationnel « porteur d'efficacité ».....	p. 15
2.3.3 La convergence des temporalités professionnelles « levier d'amélioration de la qualité de vie au travail ».....	p. 15
2.4. Temporalités et fonctions managériales.....	p. 17
2.5 La démarche méthodologique proposée par l'A.N.A.P. : « une approche projet aidante ».....	p. 18
<b>3. Etude de terrain</b> .....	p. 21
3.1 Méthodologie d'investigation.....	p. 21
3.1.1 Choix de l'outil d'enquête.....	p. 21
3.1.2 Détermination de la population.....	p. 22
3.1.3 Limites et points forts de l'étude.....	p. 24
3.2 Analyse des données recueillies : « points de vue des acteurs ».....	p. 24
3.2.1 Usagers.....	p. 24
3.2.2 Directeurs : directeurs des soins et directeurs des affaires médicales.....	p. 26
3.2.3 Communauté médicale : P.C.M.E., chefs de pôle, chefs de service.....	p. 30
3.2.4 Encadrement soignant : cadres supérieurs et cadres de proximité.....	p. 34
3.2.5 Professionnels paramédicaux : infirmiers.....	p. 37
3.2.6 Confrontation aux hypothèses.....	p. 38
<b>4. Préconisations</b> .....	p. 41
4.1 Une vision politique à porter.....	p. 41
4.1.1 Préconisation n°1 « S'appuyer sur l'expertise du directeur des soins pour faciliter l'appropriation des enjeux au sein de l'équipe de direction ».....	p. 41

4.1.2	Préconisation n°2 « Formaliser la vision politique du sujet : un directeur des soins acteur ».....	p.41
4.1.3.	Préconisation n° 3 « Impliquer les usagers : un partenariat à mettre en place pour le directeur des soins ».....	p.42
4.1.4	Préconisation n°4 « Positionner la direction des soins au sein de la gouvernance médico-soignante ».....	p.42
4.1.5	Préconisation n°5 « Porter institutionnellement le projet : place du directeur des soins ».....	p.43
4.2	Des stratégies managériales à élaborer.....	p.43
4.2.1	Préconisation n°6 « Co-construire une stratégie entre direction des soins, direction des affaires médicales et direction des ressources humaines ».....	p.43
4.2.2	Préconisation n°7 « Penser la stratégie d'accompagnement des professionnels : un directeur des soins initiateur ».....	p.44
4.2.3	Préconisation n°8 « Contractualiser une stratégie avec les pôles : un levier pour le directeur des soins ».....	p.44
4.2.4	Préconisation n°9 « Manager par la qualité : un élément d'appui pour le directeur des soins ».....	p.44
4.2.5	Préconisation n°10 « Structurer un management bienveillant : élément clé de transformation des organisations ».....	p.45
4.3	Des leviers opérationnels à mobiliser.....	p.45
4.3.1	Préconisation n°11 « Réaliser une cartographie initiale : un point d'ancrage pour le directeur des soins ».....	p.45
4.3.2	Préconisation n°12 « Elaborer des maquettes organisationnelles médico-soignantes : un directeur promoteur de l'outil ».....	p.46
4.3.3	Préconisation n°13 « Structurer des coopérations institutionnelles : le directeur des soins accompagnateur ».....	p.46
4.3.4	Préconisation n°14 « Soutenir l'innovation : un directeur des soins mobilisateur des nouveaux métiers et des outils numériques ».....	p.47
4.3.5	Préconisation n°15 « S'appuyer sur des méthodologies aidantes : rôle du directeur des soins ».....	p.47
<b>5.</b>	<b>Conclusion</b> .....	p.49
	<b>Bibliographie</b> .....	p.51
	<b>Annexes</b> .....	p. I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- A.N.A.C.T. : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- A.N.A.P. : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
- A.R.S. : Agence Régionale de Santé
- C.H. : Centre Hospitalier
- C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire
- C.N.G. : Centre National de Gestion
- E.H.E.S.P. : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- E.P.P. : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- G.H.T. : Groupement Hospitalier de Territoire
- H.A.S. : Haute Autorité de Santé
- I.P.A. : Infirmier de Pratiques Avancées
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- P.C.M.E. : Président de la Commission Médicale d'Etablissement





## **1. Introduction :**

Lors de notre formation de directeur des soins, nous avons l'opportunité de pouvoir mener un travail de recherche en lien avec une problématique ancrée dans notre futur exercice professionnel. Ce travail, temps majeur de professionnalisation, nous permet ainsi d'étayer nos compétences tout en mobilisant nos capacités méthodologiques et d'analyse.

C'est dans ce cadre, que nous avons choisi de travailler sur le sujet de : « **la convergence des temps paramédicaux et médicaux à l'hôpital** », entendu comme la recherche de rapprochement entre les organisations paramédicales et médicales afin de proposer à l'usager une prise en charge adaptée.

Notre choix s'appuie sur une volonté d'explorer un sujet concret, inscrit dans le champ de compétences du directeur des soins.

En effet, à l'hôpital, le directeur des soins a en responsabilité la « *coordination de l'organisation (...) des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques*<sup>1</sup> ». Cette coordination nécessite une articulation entre l'ensemble des professionnels paramédicaux, mais également avec les professionnels médicaux, leurs champs d'activités se complétant en permanence (pose d'un diagnostic, prescription d'un traitement, réalisation d'un acte technique, surveillance clinique, soins d'hygiène et de confort...). Ainsi, la capacité de l'ensemble des professionnels médico-soignants à travailler collectivement constitue un facteur essentiel de la qualité des soins. Toutefois, ce travail collectif ne va pas de soi...

La H.A.S. (Haute Autorité de Santé) a d'ailleurs mis en évidence le fait que : « *le dysfonctionnement du travail en équipe est identifié comme la première cause d'un événement porteur de risque*<sup>2</sup> » pour le patient. Ces dysfonctionnements ont des origines diverses (conflits interpersonnels, manque de communication, charge de travail, absentéisme...).

Lors de notre exercice professionnel, nous avons été plus particulièrement interpellé par la dimension temporelle de nombreux dysfonctionnements. En effet, nous avons pu repérer que les décalages entre les temporalités des acteurs paramédicaux et médicaux engendraient des retentissements négatifs (retards de prise en charge du patient, dégradations des conditions de travail, surcoûts...). Il nous semble donc opportun en qualité de futur directeur des soins, de questionner ces dysfonctionnements pour identifier des leviers de prévention et d'amélioration.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>2</sup> Haute Autorité de Santé, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), « Travailler en équipe » mis en ligne le 21/07/2014, chapitre « Sécurité du patient »

Pour compléter notre propos introductif, nous allons tout d'abord nous attacher à présenter le contexte dans lequel s'inscrit notre sujet d'étude.

Ensuite, nous préciserons la problématique identifiée, puis, nous vous présenterons les principales étapes de notre démarche de travail.

### 1.1 Contexte :

Le système hospitalier français connaît depuis plusieurs années de profondes mutations. Ces mutations appuyées par des réformes législatives visent à adapter l'hôpital aux besoins sociétaux, démographiques et épidémiologiques (adaptation de l'offre de soins, maîtrise des coûts de la santé, développement de la santé publique...). Ainsi, l'hôpital s'inscrit dans un contexte d'évolutions constantes, dont il est nécessaire d'appréhender les enjeux afin de pouvoir en équipe de direction faire des choix anticipés, éclairés, et constructifs.

Mais quels liens entre ce contexte et notre sujet d'étude ?

Actuellement, les principaux éléments caractérisant le contexte hospitalier sont :

- une recherche d'optimisation de la durée des soins (diminution des durées d'hospitalisation, conversion des soins en ambulatoire),
- un milieu financier contraint (« *Le déficit des hôpitaux publics a doublé en 2017 et s'élève à près d'un milliard d'euros<sup>3</sup>* »),
- des exigences de qualité (dispositifs obligatoires de certification et de gestion des risques),
- des réorganisations structurelles (structuration territoriale des coopérations hospitalières via les groupements hospitaliers de territoire).

Au regard de ces éléments contextuels, la recherche de convergence entre les temps paramédicaux et médicaux, nous semble pouvoir jouer un rôle amélioratif.

En effet, si la coordination des professionnels paramédicaux et médicaux est optimisée, l'organisation des soins, la performance financière, la qualité des prises en charge et la réponse aux besoins de santé des usagers devraient également progresser.

La convergence des temps paramédicaux et médicaux a donc toute sa place dans le contexte hospitalier actuel, à condition toutefois, qu'elle soit identifiée comme un possible levier d'évolution.

---

<sup>3</sup> Le Monde, [www.mobile.lemonde.fr](http://www.mobile.lemonde.fr), « Le déficit des hôpitaux publics a doublé en 2017 malgré les efforts de gestion », mis en ligne le 19/06/2018

## 1.2 Problématique :

Après avoir situé le contexte, nous allons à présent nous centrer sur la problématique.

Pour cela, nous avons réalisé les constats suivants en nous appuyant sur des observations professionnelles couplées à des entretiens exploratoires :

- Les insuffisances de coordination entre les temps paramédicaux et médicaux peuvent être préjudiciables pour l'utilisateur : Nous pouvons par exemple illustrer notre propos via les retards que subissent les patients (retards lors des consultations, des réalisations d'examens, au moment des sorties d'hospitalisations...). Ces retards sont sources de mécontentements et dégradent l'image de l'hôpital auprès de l'opinion publique. Ils peuvent également avoir des conséquences cliniques pouvant impacter la santé des usagers (retards dans la pose de diagnostics...).
- Ces insuffisances de coordination génèrent des surcoûts, de la non qualité et des dysfonctionnements au sein des équipes : Les surcoûts sont le plus souvent liés à des dépenses non justifiées en matière de ressources humaines comme par exemple la génération d'heures supplémentaires. La non qualité peut elle s'observer, par la survenue d'événements indésirables. Quant aux impacts sur les dysfonctionnements au sein des équipes, nous pouvons identifier des risques de dégradation du travail en équipe pouvant générer des tensions, du stress, de l'épuisement.
- La nécessité de questionner la convergence des temps paramédicaux et médicaux n'est pas toujours perçue par les acteurs : Cette non perception peut avoir diverses origines. Au sein de certaines équipes, le sujet peut être vécu comme une fatalité ou encore faire l'objet d'un tabou (l'équipe paramédicale a conscience du problème mais se conforme au pouvoir médical et ne remet pas en question l'organisation médicale). Pour d'autres professionnels, le sujet n'est pas visible, soit parce qu'il est noyé par une multitude d'autres préoccupations (projets, charge de travail...) ou bien tout simplement par méconnaissance.

Ces constats nous amènent à nous poser la question de départ suivante : « **En quoi la convergence des temps médicaux et paramédicaux influence-t-elle la qualité et l'efficacité à l'hôpital ?** ».

Nous avons fait le choix sémantique de parler de convergence car celle-ci est définie par le « *fait de tendre vers un même but*<sup>4</sup> ».

---

<sup>4</sup> Larousse, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

Or, ce but commun constitue l'essence même du travail d'équipe nécessaire à la dispensation de soins de qualité auprès de l'utilisateur.

Pour explorer notre questionnement, nous avons formulé différentes hypothèses :

- Hypothèse n° 1 : « L'utilisateur est le premier bénéficiaire de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ».
- Hypothèse n° 2 : « La convergence des temps paramédicaux et médicaux concourt à la performance hospitalière ».
- Hypothèse n° 3 : « La collaboration médico-soignante à chaque niveau (directeur des soins/P.C.M.E. (Président de la Commission Médicale d'Établissement), cadre supérieur de santé/médecin chef de pôle, cadre de santé/médecin chef de service) conditionne la convergence des temps paramédicaux et médicaux ».
- Hypothèse n° 4 : « La convergence des temps paramédicaux et médicaux constitue un élément contributif de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé à l'hôpital ».

### 1.3 Étapes de la démarche de travail :

Afin de cheminer dans l'exploration de notre sujet, notre démarche de travail sera structurée en trois étapes :

- Etape 1 : « élaboration du cadre conceptuel »,
- Etape 2 : « réalisation de l'étude de terrain »,
- Etape 3 : « proposition de préconisations ».

L'étape 1 d'élaboration du cadre conceptuel, nous permettra d'explorer les concepts issus de la problématique sous leur versant théorique. Elle nous aidera à poser des repères communs concernant : le concept du temps à l'hôpital, la diversité des temporalités existantes, les liens entre ces temporalités et la performance hospitalière, le positionnement managérial et la démarche méthodologique de l'A.N.A.P. (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux).

L'étape 2 de réalisation de l'étude de terrain comprendra une première partie dédiée à la méthodologie d'investigation retenue et une seconde partie consacrée à l'analyse des données recueillies.

L'étape 3 sera quant à elle dédiée à des propositions de préconisations qui pourraient être mobilisées pour améliorer la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux.

La présentation successive de ces trois étapes peut donner au lecteur l'impression que ce mémoire professionnel s'est construit de façon linéaire...

Or, dans les faits il n'en a rien été !

Nous avons dû effectuer de nombreux « allers-retours »... Ainsi, alors que nous avions le sentiment d'avancer dans notre étude, nos représentations évoluaient, se modifiaient et venaient questionner ce qui nous semblait précédemment acquis. Cette situation n'a certes pas toujours été confortable, mais nous a permis d'expérimenter le conflit sociocognitif pour progresser dans notre compréhension du sujet...



## **2 Cadre conceptuel :**

### 2.1 Le temps institutionnel à l'hôpital : « quelle définition ? »

Pour débiter notre cadre conceptuel, nous allons en premier lieu questionner la notion de « temps ».

Définir ce qu'est le temps peut rapidement s'avérer un exercice complexe : « *Qu'est-ce donc que le temps ? Quand personne ne me le demande, je le sais ; dès qu'il s'agit de l'expliquer, je ne sais plus - Saint Augustin<sup>5</sup>* ».

En effet, selon les disciplines (philosophie, physique, linguistique...), les approches sont très différentes. Si par exemple pour Einstein le temps n'existe pas et serait une : « *illusion tenace<sup>6</sup>* », il est au contraire pour Bergson « *mesuré instantanément et objectif<sup>7</sup>* ». Cette diversité de sens se retrouve également dans la multiplicité des définitions proposées dans le dictionnaire : « *1. Notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements : situer une histoire dans le temps. 2. Mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres : vous oublierez avec le temps. 3. Durée considérée comme une quantité mesurable : Ce procédé nous fera gagner du temps<sup>8</sup>... ».*

Au regard de ces éclairages, nous retiendrons la définition suivante : le temps présente un caractère subjectif intrinsèquement lié à l'appréciation individuelle de chacun, mais également, un caractère mesurable admis via l'utilisation de différents outils (horloges, calendriers...).

Voyons à présent ce qu'il en est du temps au sein de nos institutions hospitalières.

Pour comprendre la place du temps à l'hôpital, nous allons nous appuyer sur ses missions et notamment sur l'obligation pour les établissements d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge<sup>9</sup>.

En effet, cette obligation inscrite dans les missions de service public dévolues à l'hôpital, joue un rôle déterminant dans le rapport au temps des structures. Sa mise en œuvre nécessite une articulation constante entre le temps de l'urgence et le temps non urgent du soin.

---

<sup>5</sup> « Le temps chez Saint Augustin - article du 7 janvier 2017 », [www.connaissancesphilosophiques.com](http://www.connaissancesphilosophiques.com)

<sup>6</sup> J. Chen, « Cerner la notion de temps », 2011, Revue Rue Descartes

<sup>7</sup> A. Farges, « La notion bergsonienne du temps », 1912, Revue Néo-scholastique de philosophie

<sup>8</sup> Larousse, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

<sup>9</sup> Décret n°2016-1645 du 1<sup>er</sup> décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

Ainsi, l'hôpital doit s'organiser pour pouvoir offrir à tout moment une offre de soins adaptée aux populations et capable d'intégrer une dimension inattendue, celle de l'urgence.

Ce temps de l'urgence n'est pas exclusif aux services dits « des urgences ». Il se retrouve dans tous les services de soins de par son lien à la nature même des états cliniques des patients qui fluctuent et peuvent dans de nombreuses pathologies rapidement se dégrader.

Une composante forte du temps à l'hôpital est donc la cohabitation permanente du temps de l'urgence et du temps « classique » du soin. Cette cohabitation confronte les principaux acteurs (usagers et professionnels) à un temps qui est incertain et qui peut à tout moment être bousculé par l'intrusion de l'urgence.

M-C. Pouchelle qualifie elle, le temps à l'hôpital de « bien rare<sup>10</sup> ». Sa définition complète l'approche binaire d'un temps de l'urgence et d'un temps classique. De fait, en questionnant la rareté du temps qui s'entend par l'appréciation des acteurs de leur rapport au temps (comment le malade ressent-il le temps qui lui est octroyé ?, de quel temps les professionnels disposent-ils pour réaliser les soins ?...), elle interroge le temps qui est dédié aux soins. Ce temps peut se qualifier en temps organisationnel. En effet, il est consécutif à la place que les organisations laissent à la réalisation des soins nécessaires.

Pour terminer notre propos sur le temps institutionnel à l'hôpital, il nous semble important de souligner l'évolution très significative et continue vers une diminution des durées de prises en charges hospitalières. Cette évolution est liée en grande partie aux avancées techniques de la médecine permettant d'être de moins en moins invasif. Nous pouvons à titre d'exemple citer la pose d'une prothèse de hanche qui il y a 20 ans nécessitait une hospitalisation de 3 semaines, aujourd'hui réduite à 3 jours ! La diminution de ces durées moyennes d'hospitalisation et le développement des soins réalisés en ambulatoire sont donc deux éléments impactant significativement l'évolution du temps à l'hôpital. Leurs répercussions touchent aussi bien l'utilisateur qui gagne en confort (moins de temps passé à l'hôpital), mais également les soignants qui doivent proposer des soins sur des temps plus condensés.

## 2.2 Pluralité des temporalités :

Après avoir mis en évidence les composantes du temps institutionnel à l'hôpital, à savoir la prégnance du temps de l'urgence, un temps organisationnel dédié aux soins et une évolution constante vers une diminution des durées de prises en charge, nous allons questionner le temps du point de vue des principaux acteurs du soin. Pour cela, nous

---

<sup>10</sup> M-C. Pouchelle, juin 2002, « Ici on ne fait pas de cadeau : partage du temps et don de soi à l'hôpital », *Revue fondamentale des questions hospitalières*



explorerons les temporalités de l'utilisateur, du personnel paramédical et du personnel médical.

### 2.2.1 Temporalité de l'utilisateur :

Pour interroger la temporalité de l'utilisateur, nous nous appuyer sur le sens même du mot « patient ».

En effet, même si ces dernières années ont été marquées par une évolution du statut de la personne ayant recours aux soins, avec un passage du malade qualifié de « patient » à un malade qualifié « d'utilisateur », il n'en demeure pas moins que le terme de patient est encore très fréquemment utilisé et qu'il renvoie à certaines représentations.

Selon E. Delassus, « *ce n'est pas sans raison que l'on nomme patient celui qui est pris en charge par la médecine et qui devient objet du soin*<sup>11</sup> ». Pour cet auteur, « *si le terme de patient renvoie à l'idée de souffrance et de passivité, il évoque également l'attente et la première chose que fait un patient c'est attendre*<sup>12</sup> ». Or, cette attente est présente en permanence dans le temps de l'utilisateur : il attend dans la salle d'attente, pour un examen, pour ses soins, pour son repas, lorsqu'il utilise la sonnette d'appel...

A l'hôpital, l'utilisateur n'a plus la maîtrise de son temps. Bien au contraire, il subit le temps hospitalier qui lui est imposé. M-C. Pouchelle parle « *d'habitude qu'ont pris les institutions de disposer des malades à leur gré*<sup>13</sup> ».

Ce temps subi peut revêtir un caractère anxiogène (attente d'un avis médical, d'un diagnostic...).

La perception d'un temps qui s'écoule très lentement est également à prendre en compte. En effet, quand l'utilisateur est hospitalisé, le temps lui paraît souvent très long et ce d'autant lorsqu'il se retrouve alité, qu'il souffre et qu'il est dans une situation de dépendance (« *un patient hospitalisé a 24 heures à tuer chaque jour*<sup>14</sup> »).

La temporalité de l'utilisateur peut ainsi être caractérisée par les éléments suivants : une attente permanente, un temps subi, anxiogène, qui s'écoule lentement.

### 2.2.2 Temporalité du personnel paramédical :

Au sein d'un établissement de santé, le personnel paramédical correspond au personnel non médical. « *Plus de 800 000 personnes relèvent de ce secteur paramédical, soit 70 %*

---

<sup>11</sup> E. Delassus, décembre 2014, « Le patient impatient », *Ethique et Santé*

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> M-C. Pouchelle, juin 2002, « Ici on ne fait pas de cadeau : partage du temps et don de soi à l'hôpital », *Revue fondamentale des questions hospitalières*

<sup>14</sup> J. Artu fondateur de My Hospi Friend, « 6 mois à l'hôpital, 6 mois de solitude : j'ai créé une appli pour rapprocher les malades - article du 28 juillet 2014 », [www.m.leplus.nouvelobs.com](http://www.m.leplus.nouvelobs.com)

de la fonction publique hospitalière<sup>15</sup> ». « Ces métiers du soin ou médico-techniques recouvrent une vingtaine de professions<sup>16</sup> » (infirmiers, kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire, manipulateurs en électroradiologie...).

La temporalité du personnel paramédical est marquée par les caractéristiques suivantes :

- Une dépendance au temps médical : « Dans la mesure où les séjours deviennent très brefs, les infirmières attendent des médecins qu'ils soient plus présents, plus disponibles pour examiner un patient dont l'état les préoccupe, réajuster rapidement les traitements... Le temps passé à joindre les médecins, les perturbations de leur plan de travail en cas d'attente leur pèsent particulièrement, alors qu'elles doivent en même temps faire en sorte que le séjour du patient n'excède pas, si possible, la durée anticipée<sup>17</sup> ». Cette dépendance au temps médical est consécutive à la nature même des champs de compétences et de responsabilités des personnels paramédicaux. En effet, « l'activité des paramédicaux est en grande partie régie par les instructions et prescriptions des personnels médicaux<sup>18</sup> ».
- Un temps se déroulant essentiellement dans une seule unité de lieu : « L'action des paramédicaux s'inscrit le plus souvent en un lieu unique (service d'hospitalisation, plateau technique, consultation...)<sup>19</sup> ». Cette unicité de lieu peut engendrer des risques de cloisonnement et de non fluidité des prises en charges. Nous pouvons par exemple citer les difficultés éventuelles que pourrait rencontrer une infirmière dans un service de chirurgie si sa collègue du bloc opératoire ne respecte pas l'horaire de prise en charge prévu avec des risques de diminution de l'efficacité de la prémédication, de majoration de l'anxiété du patient sollicitant davantage l'infirmière...
- Un temps contraint pour réaliser ses actes de soins : « A la dilatation du temps dont se plaignent souvent les malades s'oppose sa compression pour les soignants<sup>20</sup> ». En effet, le professionnel paramédical sait que sur sa journée de travail, il devra réaliser l'ensemble des soins planifiés.
- Un temps embolisé par de nombreuses tâches administratives : « Quand on interroge les soignants sur le temps du soin, ils répondent que le temps indirect ne

---

<sup>15</sup> « Les métiers paramédicaux à l'hôpital - article du 17 avril 2018 », [www.vocationservicepublic.fr](http://www.vocationservicepublic.fr)

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> F. Acker, 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*

<sup>18</sup> M. Abad, S. Johanet, 2015, « Synchronisation des temps : témoin de la qualité et de l'efficacité de l'équipe de soins », *Revue Hospitalière de France*

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Collectif, 2017, « Dossier la concordance des temps à l'hôpital », *Soins Cadres*

cesse de croître aux dépens du temps direct et que ce temps indirect est quasi exclusivement administratif<sup>21</sup> ».

- Un temps encadré et soumis hiérarchiquement au contrôle du cadre de santé : « Le temps de travail du personnel non médical est défini par un volume d'heures annuel, fixé par décret, ainsi que l'amplitude maximale de la journée et les principes généraux de pose des repos<sup>22</sup> ». Le cadre de santé a en responsabilité d'appliquer cette réglementation dans la construction des plannings du personnel paramédical.

### 2.2.3 Temporalité du personnel médical :

Le personnel médical hospitalier est géré par le C.N.G. (Centre National de Gestion) et comprend « 56 149 praticiens hospitaliers et 6303 personnels enseignants et hospitaliers<sup>23</sup> ».

La temporalité du personnel médical est influencée par ces différents éléments :

- Un rapport au temps pouvant intégrer un rapport de pouvoir sur autrui : « Si médecins et chirurgiens oscillent entre la largesse et l'avarice en matière de temps, c'est parfois très généreusement que certains d'entre eux semblent disposer du temps des malades, du personnel paramédical, voire de leurs propres collègues, puisque le leur, censé être au service exclusif de la vie, prime toujours par définition. Faire attendre et donc s'approprier le temps d'autrui vient alors signaler comme tels les détenteurs du pouvoir ultime sur la vie<sup>24</sup> ».
- Un temps non inscrit dans la même ligne hiérarchique que le personnel paramédical : « Si les personnels administratifs, soignants et techniques sont soumis à la même autorité, il n'en va pas de même pour les praticiens hospitaliers. Ces derniers disposent d'un statut spécifique et bénéficient d'une quasi-indépendance, nécessaire à leurs yeux, vis-à-vis de l'autorité administrative<sup>25</sup> ».
- Un temps qui se raréfie dans certains territoires en lien avec des pénuries de médecins : « L'hôpital souffre d'un manque chronique de titulaires : plus de 19 000 postes de médecin y étaient statutairement vacants<sup>26</sup> » au début de l'année 2018. Cette raréfaction du temps médical peut-être synonyme de turn-over important au

---

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Collectif, 2017, « Dossier la concordance des temps à l'hôpital », *Soins Cadres*

<sup>23</sup> Rapport d'activité 2017 - Synthèse, publié le 10 juillet 2018, [www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)

<sup>24</sup> M-C. Pouchelle, juin 2002, « Ici on ne fait pas de cadeau : partage du temps et don de soi à l'hôpital », *Revue fondamentale des questions hospitalières*

<sup>25</sup> M. Abad, S. Johanet, 2015, « Synchronisation des temps : témoin de la qualité et de l'efficacité de l'équipe de soins », *Revue Hospitalière de France*

<sup>26</sup> « Dans les hôpitaux, 19 000 postes de médecin sont non pourvus - article publié le 12 juillet 2018, [www.mobile.lemonde.fr](http://www.mobile.lemonde.fr)

sein des équipes (recours à des contractuels, à de l'intérim médical...). Ainsi de facto, une modification s'opère dans la vision du temps professionnel médical : le médecin peut exercer « de passage » et sur des durées très courtes.

- Un cadre réglementaire du temps de travail différent de celui des professionnels paramédicaux : « *Pour le personnel médical, la réglementation française prévoit, sauf exception (travail en temps continu), un décompte du temps de travail par demi-journée<sup>27</sup>* », alors que pour le personnel paramédical ce décompte se fait en heures.
- Un temps non exclusivement clinique : Le personnel médical est appelé à remplir de multiples missions. « *L'activité clinique auprès du patient n'est qu'une partie des tâches attendues du médecin pendant son temps de travail. Les activités autres (discussion collégiale sur la prise en charge, codage, évaluation, enseignement, recherche, contribution aux projets institutionnels, développement des compétences) sont nombreuses et demandent à chaque praticien, en l'absence d'une organisation bien établie, des arbitrages quotidiens impossibles à anticiper pour les autres professionnels<sup>28</sup>* ».

-----

Le questionnement du temps de chacun des principaux acteurs du soin, nous a permis de mettre en évidence une pluralité des temporalités.

Ainsi, usagers, personnel paramédical et personnel médical ont des réalités bien différentes les unes des autres dans leurs rapports au temps et leurs vécus. « *L'hôpital apparaît donc comme le lieu du choc de temporalités qu'il paraît impossible d'harmoniser<sup>29</sup>* ». Nous pouvons donc en conclure que l'un des défis premiers consiste à articuler ces différentes temporalités. Aussi, nous allons à présent nous centrer sur les liens qui peuvent s'établir entre temps et performance hospitalière : « en quoi la coordination des temporalités des acteurs peut-elle avoir une influence sur la performance hospitalière ? ».

### 2.3 Temporalités et performance hospitalière :

Tout d'abord, il convient de définir la notion de performance hospitalière.

Selon M-A. Le Pogam, C. Luangsay-Catelin et J-F Notebaert, la performance hospitalière est « *par nature, multidimensionnelle. A côté de l'efficacité clinique, l'hôpital doit remplir*

---

<sup>27</sup> Collectif, 2017, « Dossier la concordance des temps à l'hôpital », *Soins Cadres*

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Ibid.

*des objectifs d'efficience, d'équité, de sécurité, de satisfaction du patient, de disponibilité et d'accessibilité...<sup>30</sup> ».*

De fait, la performance hospitalière viserait à répondre à une pluralité d'attendus.

Pour l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), elle « *repose sur la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle, la mobilisation et le bien-être du personnel, la gestion efficace des processus organisationnels et la capacité d'amélioration de l'organisation<sup>31</sup> ».*

Afin d'explorer les liens entre convergence des temps paramédicaux et médicaux et performance hospitalière, nous avons choisi de travailler sur trois éléments constitutifs de la performance hospitalière : la qualité des soins, l'efficience et la qualité de vie au travail des professionnels.

Ce choix s'appuie sur les éléments théoriques proposés par les travaux de Monique Abad et Stanislas Johanet<sup>32</sup>, mais également sur l'ancrage de ces éléments dans notre futur champ de compétences professionnelles.

### 2.3.1 La coordination entre professionnels « socle de la qualité des soins » :

Selon Avedis Donabédian, « *un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même<sup>33</sup> ».* La qualité des soins recherche donc la satisfaction de l'utilisateur en prenant en compte le mieux possible ses attentes.

Toutefois, il n'est pas facile de recueillir et d'objectiver cette satisfaction.

En France, c'est la procédure de certification des établissements de santé qui a en responsabilité de rendre compte de l'évaluation de la qualité des soins. En effet, « *le principe de l'évaluation de la qualité des soins a été officiellement introduit par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et a ensuite été confirmé par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée<sup>34</sup> ».* Ces textes ont rendu obligatoire pour tous les établissements une démarche d'évaluation externe, désignée sous le terme de certification, dont les résultats sont publics et permettent de situer le

---

<sup>30</sup> M-A. Le Pogam, C. Luangsay-Catelin, J-F. Notebaert, 2009, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management et Avenir*

<sup>31</sup> C. Grenier, V. Martin, 2013, « Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ? *Management et Avenir*

<sup>32</sup> M. Abad, S. Johanet, 2015, « Synchroniser les temps des acteurs autour du patient pour conjuguer qualité des soins, bien-être au travail et efficience économique », *Journal de gestion et d'économies médicales*

<sup>33</sup> Leclercq H., Vilcot C., 2006, Indicateurs qualité en santé : Certification et évaluation des pratiques professionnelles

<sup>34</sup> Ibid.

niveau de la qualité des soins au sein de chaque structure. Le suivi de nombreux indicateurs de qualité et de sécurité des soins complète cette évaluation.

L'enjeu de la qualité des soins est central pour les hôpitaux. Il leur permet de bénéficier d'une attractivité auprès des populations, condition essentielle pour assurer une viabilité financière dans un modèle de tarification basé sur l'activité. De plus, l'acculturation des professionnels à la qualité inscrit les établissements dans des dynamiques continues d'amélioration des pratiques.

Mais quelle articulation peut-on faire entre qualité des soins et convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

Pour assurer une qualité des soins dispensés, les professionnels paramédicaux et médicaux doivent être capables de travailler en équipe. En effet, « *un travail d'équipe efficace favorise la qualité de la prise en charge et représente un excellent moyen pour répondre de façon interdisciplinaire aux besoins du patient*<sup>35</sup> ». Or, pour que ce travail d'équipe puisse s'opérer il est nécessaire que les professionnels se coordonnent. La notion de coordination permet ainsi « *d'harmoniser les activités dans un souci d'efficacité*<sup>36</sup> ». Elle fait que les professionnels se rencontrent aux bons moments en fonction des besoins liés à leurs pratiques. Les temporalités de chacun ne se superposent pas, mais bien au contraire, s'enrichissent les unes vis-à-vis des autres en mobilisant l'interprofessionnalité.

Dans les faits, « *cette coordination n'est pas toujours présente et conscientisée*<sup>37</sup> » et « *l'organisation transversale des équipes hospitalières peut-être mal anticipée, voire oubliée, laissant place à un empilement d'agendas individuels*<sup>38</sup> ». L'insuffisance de coordination va alors générer de la non qualité, synonyme d'insatisfaction pour l'utilisateur et ses proches qui constatent une non fluidité de la prise en charge (retards, manque de cohérence...). Elle peut également avoir de lourdes conséquences « *pouvant affecter la sécurité des soins*<sup>39</sup> », comme par exemples : « *les interruptions de tâches (...) sources d'erreurs graves, les retards de mise en œuvre des soins*<sup>40</sup> »...

Ainsi, l'A.N.A.P. identifie au sein des hôpitaux différentes « *situations observées comme étant à risques (...): visites dans les unités de soins, interventions des équipes transversales, articulation avec les plateaux techniques, les consultations, les blocs*

---

<sup>35</sup> Haute Autorité de Santé, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), « Travailler en équipe pour des soins plus sûrs » mis en ligne le 10/04/2014, Lettre d'information de la HAS n° 39

<sup>36</sup> Larousse, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

<sup>37</sup> A.N.A.P., mai 2017, Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé, Démarche méthodologique, version 2

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid.

*opératoires, les services d'imagerie, les plateaux ambulatoires<sup>41</sup> ». Une vigilance particulière doit donc être apportée en termes de coordination face à ces situations.*

Cette vigilance passe nécessairement par une réflexion afin de construire des organisations permettant la coordination des acteurs. Aussi, c'est sur ce champ de l'organisation que nous allons poursuivre notre réflexion.

### 2.3.2 L'enjeu organisationnel « porteur d'efficience » :

Après avoir mis en évidence l'influence de la coordination pour garantir une qualité des soins, questionnons à présent en quoi l'enjeu organisationnel de la coordination des professionnels paramédicaux et médicaux peut-être porteur d'efficience ?

*« Le terme efficience est un anglicisme (efficiency) qui pourrait se définir par la capacité d'une organisation à obtenir des bons résultats en utilisant le moins de ressources possibles<sup>42</sup> ». L'efficience apporterait ainsi une meilleure qualité au meilleur coût. Elle nous permet d'interroger la juste utilisation des ressources.*

Au sein des structures hospitalières, la recherche d'efficience joue un rôle important pour assurer une gestion responsable. En effet, il est aisé de comprendre le lien entre efficience et organisation, lorsque l'on sait que le premier poste de dépenses correspond aux dépenses de personnel. *« La désynchronisation des temps médicaux et non médicaux est coûteuse pour l'établissement de santé : attendre que les acteurs soient alignés se paie au prix salarial fort. Les agents sont rémunérés au temps passé à soigner ou à attendre. (...) L'exemple typique est celui du bloc opératoire : perdre une heure quotidienne au démarrage est une habitude vite prise. Avec un coût total de fonctionnement approchant les mille euros de l'heure par salle, faites le calcul... Une partie d'un plan de retour à l'équilibre financier peut résider dans un travail sur la coordination des temps, plutôt que dans la suppression d'emplois utiles<sup>43</sup> ».*

La qualité des organisations déployées revêt donc un rôle essentiel pour une adaptation cohérente des ressources humaines paramédicales et médicales permettant d'éviter des coûts inutiles.

### 2.3.3 La convergence des temporalités professionnelles « levier d'amélioration de la qualité de vie au travail » :

Depuis plusieurs années, la H.A.S. et l'A.N.A.C.T. (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) travaillent sur la question de la qualité de vie au travail. Cette

---

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> A. Livartowski, 2010, « Efficience hospitalière et efficience du système de santé », *Revue Hospitalière de France*

<sup>43</sup> M. Abad, S. Johanet, 2015, « Synchronisation des temps : témoin de la qualité et de l'efficience de l'équipe de soins », *Revue Hospitalière de France*

dernière a d'ailleurs été posée comme une « *priorité politique*<sup>44</sup> » en décembre 2016 lors de la présentation de la Stratégie Nationale d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail « Prendre soin de ceux qui nous soignent ».

Aujourd'hui, la qualité de vie au travail s'impose donc dans les hôpitaux comme une exigence indispensable si l'on souhaite promouvoir des conditions de travail garantissant aux professionnels de se sentir bien dans l'exercice de leur métier. L'expérience des Magnet Hospitals (hôpitaux magnétiques) aux Etats-Unis, a d'ailleurs mis en évidence « *l'importance du milieu de travail et la satisfaction à y évoluer*<sup>45</sup> » pour recruter et fidéliser le personnel.

Selon la H.A.S., la qualité de vie au travail en santé se définit comme « *l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé*<sup>46</sup> ».

Or, des difficultés dans la convergence des temps paramédicaux et médicaux peuvent dégrader les conditions de travail de ces professionnels. Ainsi, « *la désynchronisation des temps casse la solidarité d'équipe, détruit la motivation, porte atteinte à l'action collective*<sup>47</sup> ». « *Les retards liés à la désynchronisation génèrent des insatisfactions (...), le sentiment de ne pas bien faire son travail, véritable facteur d'épuisement des professionnels*<sup>48</sup> ».

Travailler sur l'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux contribue de fait à travailler également sur l'amélioration des conditions de travail des agents.

-----

A ce stade de notre travail, nous pouvons donc retenir que la convergence des temps paramédicaux et médicaux optimise la performance hospitalière dans trois domaines :

- la qualité des soins,
- l'efficacité,
- la qualité de vie au travail.

---

<sup>44</sup> Stratégie Nationale d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail, 5 décembre 2016, « Prendre soin de ceux qui nous soignent », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

<sup>45</sup> Y. Brunelle, 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*

<sup>46</sup> Haute Autorité de Santé, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), « Qualité de vie au travail » mis en ligne le 11/09/2017

<sup>47</sup> M. Abad, S. Johanet, 2015, « Synchronisation des temps : témoin de la qualité et de l'efficacité de l'équipe de soins », *Revue Hospitalière de France*

<sup>48</sup> A.N.A.P., mai 2017, Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé, Démarche méthodologique, version 2



Voyons à présent, en quoi les fonctions managériales peuvent-elles se saisir du sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

#### 2.4 Temporalités et fonctions managériales :

Selon Henry Mintzberg, le management correspond aux « *processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essayent de la diriger, ou du moins de la guider dans ses activités*<sup>49</sup> ».

A l'hôpital, les fonctions managériales se situent à trois niveaux et concernent une diversité d'acteurs :

- Au niveau institutionnel : le management politique et stratégique de la structure est assuré par l'équipe de direction sous la responsabilité du directeur général ou chef d'établissement.
- Au sein de chaque pôle d'activité clinique ou médico-technique : un médecin chef de pôle assisté d'un cadre administratif et d'un cadre soignant est chargé de décliner la politique institutionnelle et d'organiser le fonctionnement du pôle qu'il a en responsabilité en faisant vivre le projet de pôle. Un pôle d'activité clinique ou médico-technique correspond à plusieurs services de soins.
- Au sein de chaque service de soins : un médecin chef de service et un cadre de santé assurent le management de proximité auprès de l'équipe paramédicale et médicale.

Cette multiplicité des acteurs et de leurs champs de compétences managériales sous-entendent une nécessité forte de coordination pour assurer un management cohérent.

Ainsi, la coordination se traduit en termes de recherche de cohésion et de consensus, mais également de prise en compte des différentes temporalités.

En effet, « *la question posée aux managers est celle de la synchronisation des temps multiples dans les organisations*<sup>50</sup> ».

De fait, que ce soit en qualité de membre de l'équipe de direction, de médecin ou bien de cadre, est posé la question du : « comment se saisir du sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux pour améliorer la performance hospitalière ? ». Cette approche permet également une prise de distance alors que trop souvent « *le plaidoyer habituel et fédérateur de l'insuffisance de moyens peut occulter le champ des possibles*<sup>51</sup> ».

---

<sup>49</sup> H. Mintzberg, 2004, Le management : voyage au centre des organisations

<sup>50</sup> M. Brasseur, 2011, « Le temps et le travail », *Humanisme et entreprise*

<sup>51</sup> A.N.A.P., mai 2017, Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé,

Les travaux menés par l'A.N.A.P. proposent une démarche méthodologique pouvant apporter un éclairage aidant.

## 2.5 La démarche méthodologique proposée par l'A.N.A.P. : « une approche projet aidante » :

Dès juillet 2014, l'A.N.A.P. a élaboré une démarche méthodologique concernant la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux auprès du patient hospitalisé. Cette démarche a été complétée par une seconde version parue en mai 2017.

A travers ces travaux « *tirés du travail avec une trentaine d'établissements<sup>52</sup>* », sont présentés « *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<sup>53</sup>* ».

La méthodologie proposée comprend 4 étapes<sup>54</sup> :

- Etape 1 « phase d'appropriation du sujet » : Cette étape concerne l'initiateur du projet et ses collaborateurs. Elle vise à apporter une connaissance théorique du sujet afin de pouvoir ensuite le travailler.
- Etape 2 « phase de préparation » : L'étape de préparation va permettre d'identifier le besoin à travailler le sujet sur le terrain (signes d'alerte, sites à risque), de lui donner du sens (communication sur les valeurs, les preuves), de désigner le pilotage (binôme médical et non médical) et de cadrer le projet (note de cadrage, calendrier).
- Etape 3 « phase de mise en œuvre du projet » : La mise en œuvre débute par le diagnostic (analyse de la situation de départ, choix et mesure initiale d'indicateurs). Elle comprend ensuite la communication (instances, supports), l'élaboration du plan d'actions (définitions des objectifs, valeurs-cibles d'indicateurs, méthodes et outils), la mise en œuvre (actions), la pérennisation (institutionnalisation, suivi systématique), le déploiement (documentation, communication, généralisation).
- Etape 4 « phase de suivi à partir d'indicateurs » : Elle permet de suivre les améliorations obtenues. De nombreux exemples d'indicateurs sont présentés (taux de patients satisfaits sur le respect des horaires, retards au démarrage au

---

Démarche méthodologique, version 2

<sup>52</sup> A.N.A.P., mai 2017, Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé, Démarche méthodologique, version 2

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> Ibid.

bloc opératoire, taux d'anticipation des congés à trois mois, délais d'attente entre une aptitude à la sortie et l'autorisation de sortie, nombre d'interruptions de la visite...).

Plusieurs outils viennent compléter cette méthodologie : questionnaires de satisfaction destinés au patient, à ses proches ou aux professionnels, charte de fonctionnement d'une structure hospitalière, trame d'organisation médicale, maquette organisationnelle des personnels non-médicaux...

L'A.N.A.P. propose donc une méthodologie structurée à partir du modèle de la démarche projet. Il est également à noter qu'elle intègre une approche qualité avec la mise en place et le suivi d'indicateurs.

-----

Pour conclure l'approche théorique de notre cadre conceptuel, nous retiendrons les éléments suivants :

- Un temps singulier à l'hôpital : Ce temps est marqué par une prégnance permanente de l'urgence. Il s'articule autour des soins qui le structure et ce dans des contextes de prises en charge des usagers devant être de plus en plus courts.
- Une pluralité de temporalités à prendre en compte : Plusieurs temporalités coexistent (temporalités de l'utilisateur, des professionnels paramédicaux et médicaux). Ces différentes temporalités possèdent des caractéristiques particulières. L'enjeu est donc de les articuler, de les coordonner.
- Des temporalités influençant la performance hospitalière : Cette influence est visible, qu'il s'agisse de qualité des soins, d'efficacité ou de la qualité de vie au travail des professionnels.
- Des managers de l'hôpital (équipe de direction, médecins, cadres) ayant un rôle déterminant à jouer : Leur implication peut permettre d'améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux.
- Une démarche méthodologique proposée par l'A.N.A.P. : Un outil d'aide.

Ces éléments théoriques nous permettent de conforter l'importance de la convergence des temps paramédicaux et médicaux comme un enjeu de qualité et d'efficacité pour le directeur des soins, mais, qu'en est-il sur le terrain ? Afin de pouvoir apporter des éléments de réponse, nous allons réaliser une étude de terrain qui va nous permettre de recueillir le point de vue des acteurs sur le sujet.



### **3 Etude de terrain :**

#### **3.1 Méthodologie d'investigation :**

Après avoir soumis notre questionnement de départ à un éclairage théorique, confrontons désormais les hypothèses que nous avons retenues lors de l'élaboration de notre problématique, à l'avis des différents protagonistes impliqués.

##### **3.1.1 Choix de l'outil d'enquête :**

Pour mener à bien ce travail d'investigation, nous avons fait le choix d'utiliser des entretiens semi-directifs.

En effet, c'est l'outil d'enquête qui nous a semblé le plus pertinent pour nous centrer sur la compréhension des opinions et des représentations des personnes interviewées. Notre décision a également été largement influencée par le fait que cet outil nous permet des moments de rencontres et d'échanges directs toujours très riches sur le plan humain.

Une fois le choix de l'outil arrêté, nous avons décliné nos intentions d'exploration via l'élaboration de guides d'entretien<sup>55</sup>. Pour chaque guide, nous avons traduit les hypothèses en objectifs et les objectifs en questions (questions principales et questions de relance si besoin).

Ensuite, nous avons testé les guides d'entretien auprès de collègues et effectué des réajustements visant à améliorer la clarté des questions posées.

Concernant les conditions matérielles de réalisation des entretiens :

- Tous ont fait l'objet d'une prise de rendez-vous préalable soit par mail ou contact direct ou téléphonique.
- Ils ont eu une durée allant de 30 minutes à 1h15, avec une moyenne de 45 minutes.
- Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription à partir d'une prise de notes ou bien d'un enregistrement avec accord préalable de l'interviewé.
- L'anonymat a été strictement respecté.
- Les lieux de déroulement des entretiens ont été définis au choix des personnes interviewées.

---

<sup>55</sup> 9 guides d'entretiens ont été élaborés, ils sont présentés en annexes : cf. annexes 1 à 9.

### 3.1.2 Détermination de la population :

Afin de déterminer le choix des personnes interviewées, nous nous sommes appuyés sur les hypothèses que nous avons formulées.

Détermination du public interviewé en lien avec les hypothèses formulées :

<b><u>Hypothèses formulées :</u></b>	<b><u>Publics à interviewer :</u></b>
Hypothèse n° 1 : « <i>L'utilisateur est le premier bénéficiaire de la convergence des temps paramédicaux et médicaux</i> »	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usagers</li></ul>
Hypothèse n° 2 : « <i>La convergence des temps paramédicaux et médicaux concourt à la performance hospitalière</i> »	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usagers</li><li>• Directeurs des soins</li><li>• Directeurs des affaires médicales</li></ul>
Hypothèse n° 3 : « <i>La collaboration médico-soignante à chaque niveau (directeur des soins/P.C.M.E., cadre supérieur de santé/médecin chef de pôle, cadre de santé/médecin chef de service) conditionne la convergence des temps paramédicaux et médicaux</i> »	<ul style="list-style-type: none"><li>• Directeurs des soins</li><li>• P.C.M.E.</li><li>• Cadres supérieurs de santé</li><li>• Médecins chefs de pôle</li><li>• Cadres de santé</li><li>• Médecins chefs de service</li></ul>
Hypothèse n° 4 : « <i>La convergence des temps paramédicaux et médicaux constitue un élément contributif de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé à l'hôpital</i> »	<ul style="list-style-type: none"><li>• Professionnels paramédicaux et médicaux</li></ul>

Ainsi, 19 entretiens ont été réalisés auprès de :

- 2 usagers,
- 4 directeurs des soins,
- 2 directeurs des affaires médicales,
- 1 P.C.M.E.,
- 2 médecins chefs de pôle,
- 2 cadres supérieurs de santé,
- 2 médecins chefs de service,
- 2 cadres de santé,
- 2 infirmiers.

Concernant les usagers : il est à noter que l'un d'eux était représentant des usagers au sein d'un centre hospitalier.

Au niveau des professionnels (directeurs, médecins, paramédicaux), ils sont issus de 3 établissements différents (2 C.H.U. (Centres Hospitaliers Universitaires) et 1 C.H. (Centre Hospitalier)).

Présentation des personnes interviewées :

<b><u>Personnes interviewées :</u></b>	<b><u>Typologie d'établissements/services :</u></b>	<b><u>Durée de l'entretien :</u></b>
Usager 1	C.H. (représentant des usagers)	45 minutes
Usager 2	C.H.	1h
Directeur des soins 1	C.H.U.	40 minutes
Directeur des soins 2	C.H.U.	1h15
Directeur des soins 3	C.H.U.	1h
Directeur des soins 4	C.H.	45minutes
Directeur des affaires médicales 1	C.H.U.	1h
Directeur des affaires médicales 2	C.H.U.	35 minutes
P.C.M.E.	C.H.	30 minutes
Chef de pôle 1	C.H. (pôle de médecine)	50 minutes
Chef de pôle 2	C.H. (pôle de chirurgie)	1h
Cadre supérieur de santé 1	C.H.U. (bloc opératoire)	45 minutes
Cadre supérieur de santé 2	C.H. (pôle de chirurgie)	1h
Chef de service 1	C.H.U. (service de cardiologie)	35 minutes
Chef de service 2	C.H. (service de médecine digestive)	30 minutes
Cadre de santé 1	C.H. (service de chirurgie ambulatoire et consultations chirurgicales)	30 minutes
Cadre de santé 2	C.H. (service de médecine gériatrique)	40 minutes
Infirmier 1	C.H.U. (service de cardiologie)	35 minutes
Infirmier 2	C.H. (service de médecine interne)	30 minutes

### 3.1.3 Limites et points forts de l'étude :

L'étude que nous avons menée présente plusieurs limites :

- Une représentativité restreinte en lien avec des contraintes temps pour réaliser ce mémoire mais également propre à la singularité des propos recueillis auprès des personnes interviewées. De fait, les résultats de l'étude ne peuvent avoir de caractère généralisable.
- Une possible subjectivité de l'intervieweur à la fois dans l'élaboration des guides d'entretien mais également au niveau de l'analyse. Même si nous avons essayé d'être le plus neutre possible notre implication dans le sujet et nos propres représentations peuvent toutefois avoir eu des influences.
- Une maîtrise perfectible de la technique des entretiens semi-directifs.

Concernant les points forts, nous avons identifié :

- Une richesse des éléments recueillis, nous ayant permis d'avoir des apports nouveaux et complémentaires par rapport au cadre théorique.
- Une disponibilité et un intérêt certains des personnes interviewées pour le sujet.
- Une aide méthodologique apportée par les temps de guidances collectives ayant facilité la structuration de notre travail.

### 3.2 Analyse des données recueillies : points de vue des acteurs

Pour réaliser l'analyse des données recueillies, nous avons dans un premier temps construit des grilles d'analyse afin de repérer et classer les verbatim utilisés<sup>56</sup>. Puis dans un second temps, nous avons réalisé des synthèses à partir des éléments clés mis en évidence dans les grilles d'analyse. Ce sont ces synthèses que nous allons vous présenter. A l'issue de ces dernières est présentée une confrontation aux hypothèses que nous avons posées.

#### 3.2.1 Usagers :

- Perception du sujet :

De l'avis des usagers enquêtés, il existe une insuffisance de coordination entre les professionnels paramédicaux et médicaux (*« j'ai plusieurs fois constaté que lorsque je posais des questions à l'infirmière, elle était mal à l'aise et ne savait pas comment me*

---

<sup>56</sup> Nous avons fait le choix de reprendre plusieurs de ces verbatim pour illustrer les éléments d'analyse. Ils sont présentés entre guillemets et en italique.



*répondre » ; « j'ai l'impression que c'est le médecin qui décide mais que cette décision n'est pas partagée »...).*

Les usagers considèrent que lorsque la coordination entre les professionnels paramédicaux et médicaux fonctionne, c'est un facteur pour eux de sécurité (*« quand ça marche on le sent et on se sent en sécurité mais ce n'est pas toujours le cas, hélas ! »*). A titre d'exemples de points forts dans la coordination des professionnels sont cités : une expérience de prise en charge en cancérologie et un accompagnement en fin de vie. A contrario, les principaux exemples de difficultés identifiés sont : les incertitudes générées par des informations contradictoires et la multiplicité des examens sans que cela semble justifié. La question de la coordination entre les professionnels paramédicaux et médicaux est donc perçue par les usagers. Cette perception se fait sous l'angle des retentissements potentiels qui peuvent découler d'une insuffisance de coordination et influencer leurs prises en charge.

- Impacts :

Selon les usagers, la conséquence principale d'une insuffisance de coordination entre professionnels paramédicaux et médicaux, est la perte de confiance envers ces mêmes professionnels (*« cela génère des doutes et c'est difficile de savoir qui est compétent »*). Les usagers estiment qu'ils attendent *« en permanence »* et ce aussi bien lors de consultations que d'hospitalisations. Ces temps d'attente se sont pas expliqués (*« on ne nous dit rien, je suppose toujours qu'il y a des cas plus difficiles »*). Ils sont ressentis comme *« pénibles »* et qualifiés de synonymes de non qualité avec une impression de négligence et de manque de considération (*« c'est vraiment désagréable, dans d'autres contextes ça ne serait pas acceptable, il n'y a que dans la santé que l'on voit cela ! »*).

- Freins - causes :

Pour les usagers, les principales causes d'une insuffisance de coordination des professionnels paramédicaux et médicaux sont : la charge de travail élevée, les urgences et le manque de personnel.

- Leviers - Pistes d'amélioration :

Les usagers pensent que la coordination des professionnels paramédicaux et médicaux à l'hôpital pourrait être améliorée si les professionnels étaient sensibilisés au problème et avaient conscience des répercussions pour les patients. L'utilisateur représentant de ces derniers estime qu'il serait nécessaire de travailler sur une charte du respect de l'utilisateur, car selon lui, la charte du patient hospitalisé est trop généraliste.

- Ouverture - compléments :

Un usager est revenu sur les conséquences de l'attente à l'hôpital en posant cela comme inacceptable (*« on se moque de nous, les urgences ont bon dos ! »*).

Les entretiens menés avec les usagers permettent donc de mettre en évidence le fait que pour eux, une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux, génère des désagréments. Ces désagréments laissent une impression de manque de respect et constitue un facteur de non qualité.

### 3.2.2 Directeurs : directeurs des soins et directeurs des affaires médicales

- Perception du sujet :

Les directeurs des soins interviewés perçoivent de façon unanime la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux au sein de leurs établissements. Cette perception est marquée par l'existence de dysfonctionnements (*« il y a beaucoup à faire », « c'est une cause majeure de désorganisation des soins »...*). A une échelle plus globale (celle des hôpitaux français), il en va de même. Ils considèrent que c'est un sujet à prendre en compte et ce d'autant que les contextes financiers sont contraints et que sont demandés de nombreux efforts de rationalisation des organisations. Un directeur des soins complète son propos en soulignant la nécessité d'avoir une vision élargie prenant en compte à la fois les organisations paramédicales et médicales (*« nous allons droit dans le mur si nous continuons à nous intéresser uniquement aux organisations paramédicales »*). Concernant leur rôle vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, ils estiment qu'ils ont en responsabilité *« l'ouverture du débat sur le sujet »* et qu'ils sont des *« acteurs légitimes pour le travailler »*.

Selon les directeurs des affaires médicales rencontrés, la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux au sein de leurs établissements respectifs est perçue de la même façon. En effet, ils considèrent que c'est un sujet à travailler. Leur vécu est par contre différent. Pour l'un le sujet est d'actualité et fait l'objet d'un groupe de travail mis en place à la demande de l'A.R.S. (Agence Régionale de Santé). Ce groupe de travail s'intitule : *« synchronisation des temps paramédicaux et médicaux »*. Pour l'autre *« c'est un vaste chantier à mener »* mais pour l'instant rien n'a été mis en place dans l'établissement où il exerce. Il y a une adéquation entre leur perception du sujet à l'échelle institutionnelle et celle qu'ils en ont à l'échelle nationale. Ainsi, les directeurs des affaires médicales confirment que pour eux, *« c'est un sujet qui se pose dans tous les hôpitaux »*. Concernant leur rôle vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, l'un des directeurs des affaires médicales considère que c'est à lui d'impulser et soutenir un travail sur ce sujet, alors que son collègue pense que c'est avant tout une question de *« management médical »* qui doit être travaillée par le P.C.M.E. Est donc à noter une divergence dans la perception de leur rôle.

Si l'on croise la perception des directeurs des soins avec celle des directeurs des affaires médicales questionnés, nous repérons une similitude de point de vue sur le fait que la

convergence des temps paramédicaux et médicaux constitue un sujet à part entière. Est par contre à noter une différence dans la perception des rôles. En effet, les directeurs des soins considèrent unanimement être en responsabilité sur le sujet, alors que l'un des directeurs des affaires médicales estime que ce sont les médecins qui doivent investir le sujet.

- Impacts :

Les principales conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux citées par les directeurs des soins sont : la dégradation de la qualité des soins, l'insatisfaction de l'utilisateur et les tensions générées entre personnel paramédical et médical. Les directeurs des affaires médicales citent eux : les répercussions sur la prise en charge de l'utilisateur, le gaspillage de ressources humaines paramédicales et médicales, les surcoûts générés par des utilisations de locaux ou de matériels inadéquats. Les conséquences sur l'utilisateur sont donc citées communément.

A la question spécifique des exemples de conséquences à donner en fonction de domaines déterminés, sont retrouvés :

	<u>Pour les directeurs des soins</u> :	<u>Pour les directeurs des affaires médicales</u> :
<u>Champ de la qualité des soins</u> :	Retards dans les prises en charge, incohérences, actes de soins non pertinents.	Insatisfactions de l'utilisateur et de ses proches, altérations du parcours patient, dégradation de l'image de l'établissement, allongements des prises en charge non justifiées.
<u>Champ de l'efficacité de l'établissement</u> :	Inadaptations des ressources paramédicales aux besoins avec possiblement aussi bien du sureffectif que du sous-effectif. L'impact de l'absence de visibilité des congés des médecins ne permettant pas d'adapter les effectifs paramédicaux a été cité à plusieurs reprises.	Surcoûts en matière de ressources humaines, d'utilisation des locaux et du matériel, des pertes potentielles de recettes T2A (tarification à l'activité) liées à des durées moyennes de séjours insuffisamment maîtrisées.
<u>Champ de la qualité de vie au travail des professionnels</u> :	Dégradations du climat de travail au sein des équipes, des tensions, du stress, un sentiment de ne pas se sentir respecté dans sa fonction.	Risques psycho-sociaux aussi bien pour le personnel paramédical et médical en lien avec un travail d'équipe dysfonctionnant.

Le champ de conséquences considéré comme étant le plus préjudiciable est la qualité des soins et ce aussi bien pour les directeurs des soins que pour les directeurs des affaires médicales. Ce choix est argumenté par le fait qu'il concerne directement l'utilisateur,

qui « *est au centre du dispositif de soins* », « *dispenser des soins de qualité est la mission première d'un établissement* ».

Une majorité de directeurs des soins pensent que certains secteurs sont plus particulièrement concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Ils identifient les secteurs suivants : les blocs opératoires, les services de consultations et les services d'imagerie. Les raisons de cette identification sont basées sur leurs expériences et les retours qu'ils en ont soit par l'encadrement ou bien encore les courriers de réclamation rédigés par les usagers ou leurs proches. Concernant les directeurs des affaires médicales, l'un d'eux estime que tous les secteurs et types d'activités sont concernés, alors que son collègue émet une modulation dans sa réponse « *tous les secteurs sont concernés mais je pense que c'est plus flagrant pour le patient aux consultations et aux urgences* ». La diversité des points de vue permet de mettre en évidence une probabilité d'étendue des secteurs concernés.

- Freins - causes :

Les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux retrouvées par les directeurs des soins sont : une culture de soumission et d'acceptation du personnel paramédical à l'encontre du personnel médical, une banalisation du problème et une insuffisance de travail sur la mise en convergence des organisations paramédicales et médicales. Pour les directeurs des affaires médicales, nous retrouvons : un temps hospitalier rythmé exclusivement par les décisions médicales, un sujet relégué par la communauté médicale quand il s'agit de le travailler sur le fond (une culture médicale résistante pour prévoir et planifier ses temps de présence), une gestion du temps médical insuffisamment contrôlée. Les deux approches se complètent et posent comme freins à prendre en considération : la culture des professionnels paramédicaux et médicaux ainsi que leur prise de conscience du sujet.

- Leviers - Pistes d'amélioration :

S'ils devaient piloter un projet visant à améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux, les directeurs des soins interviewés considèrent majoritairement qu'en premier lieu il serait nécessaire « *d'amener le corps médical à se saisir du sujet* ». Pour cela, ils préconisent une alliance « P.C.M.E. - directeur des soins » avec un co-pilotage affiché. Un des directeurs des affaires médicales traiterait lui, le sujet sous l'angle de la qualité alors que son collègue estime que ce n'est pas à lui d'investir le sujet (« *c'est un domaine qui relève du management médical* »). Cette différence d'opinion est en cohérence avec la divergence exprimée précédemment quant à leur rôle vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Nous retiendrons que pour les deux corps, l'adhésion de la communauté médicale est posée comme un préalable essentiel.

En termes de méthodologie à utiliser, c'est l'approche projet qui est mise en évidence (objectifs, plan d'actions priorisé...). Sont également proposés une mobilisation sur le modèle de l'analyse qualité (analyse des causes), ainsi qu'une approche sous l'angle des chemins cliniques.

La démarche méthodologique proposée par l'A.N.A.P. n'est connue que par un des quatre directeurs des soins questionnés. Ce dernier la mobiliserait en appui de ses choix. Il en va de même pour les directeurs des affaires médicales : un seul connaissait la démarche, qu'il utiliserait pour faciliter la structuration du projet.

Concernant les éléments stratégiques, les directeurs des soins identifient les points de vigilance suivants : un partage nécessaire du sujet avec la communauté médicale, une approche pensée sous l'angle de la qualité et des parcours patients, une association des partenaires sociaux pour promouvoir la politique sociale au sein de l'établissement. Les directeurs des affaires médicales insistent également sur le lien à mettre en place avec la communauté médicale (*« nécessité de convaincre la communauté médicale et d'identifier des leaders médicaux soutenant le projet »*), mais aussi sur la nécessité de privilégier une approche du sujet mettant en exergue les attendus positifs sur la qualité de vie au travail et ce plus particulièrement auprès des médecins afin de faciliter leur engagement (*« prévoir son temps libre, organiser ses congés... »*), la valorisation de la performance collective, le soutien et l'engagement du chef d'établissement.

Pour ce qui est des acteurs avec qui travailler le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, les directeurs des soins identifient : les P.C.M.E., les directeurs des affaires médicales, l'encadrement et les chefs de pôle, avec un objectif central d'adhésion au projet. L'identification est identique pour les directeurs des affaires médicales à l'exclusion logiquement de leur propre fonction qui est remplacée par celle des directeurs de soins. Ils considèrent que le rôle du directeur des soins sur le sujet se situe en termes d'expertise technique vis à vis des organisations soignantes. L'un d'eux insiste également sur l'importance du binôme « directeur des soins - directeur des affaires médicales » pour être efficace sur le sujet et aborder le sujet « *avec une stratégie commune* ».

Les principaux outils repérés comme étant mobilisables pour améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux sont : les maquettes organisationnelles, les données extraites des logiciels de gestion du temps de travail, les fiches d'événements indésirables, la démarche méthodologique de l'A.N.A.P., la formation continue, le projet de soins et le projet médical, les chemins cliniques et les parcours patients. Concernant les indicateurs qu'il serait intéressant de prendre en compte, sont proposés : les temps d'attente lors des consultations, les heures supplémentaires induites par des insuffisances

de convergence des temps paramédicaux et médicaux, les retards en salles au bloc opératoire, le recueil de la satisfaction de l'utilisateur spécifiquement sur le sujet et l'adéquation des présences médicales et paramédicales

Spontanément, différentes possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ont été identifiées : la priorisation du sujet au sein de l'établissement et son portage par l'équipe de direction, la mise en lien entre les parcours patients et la coordination des temps paramédicaux et médicaux, le développement des nouveaux métiers de la coordination à l'hôpital, la mise en place de groupes de travail à l'échelle institutionnelle, la contractualisation avec les pôles sur le sujet et le développement de l'informatisation du suivi du temps médical.

- Limites :

Les limites possibles à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux sont essentiellement le risque de rejet de la communauté médicale et la banalisation du sujet. L'un des directeurs des affaires médicales insiste également sur le risque « *d'entrer dans une approche dictatoriale du sujet, ce serait totalement contre-productif* ». En effet, l'idée n'est pas de figer les organisations mais de tendre à des rapprochements facilitateurs.

- Ouverture - compléments :

Cet item a permis aux directeurs des soins de renforcer leurs avis sur le sujet et d'illustrer leurs propos par d'autres exemples de situations pénalisantes s'y rapportant. Un des directeurs des affaires médicales a précisé qu'il lui semblerait intéressant de saisir l'opportunité de la mise en place des I.P.A. (Infirmiers de Pratiques Avancées) pour travailler le sujet et « *recentrer le temps médical sur les missions où il apporte une plus-value* ».

L'analyse des éléments recueillis auprès des directeurs des soins et des directeurs des affaires médicales permet de mettre en évidence une prégnance du sujet de la convergence de temps paramédicaux et médicaux si l'on questionne la qualité des soins. A également été souligné la nécessité d'accompagner la prise de conscience et la mobilisation de la communauté médicale pour faire évoluer les pratiques. La richesse des pistes d'amélioration proposées démontre les potentiels d'action mobilisables.

### 3.2.3 Communauté médicale : P.C.M.E., chefs de pôles, chefs de services

- Perception du sujet :

Au sein de leurs établissements respectifs, le P.C.M.E, les médecins chefs de pôles et chefs de services interviewés ont une perception similaire de la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Cette perception pose le constat d'un

sujet auquel ils sont confrontés (« nous travaillons souvent les uns à côté des autres »). Leurs points de vue sont identiques lorsqu'ils doivent situer le sujet à l'échelle hospitalière nationale (« nous ne sommes pas une exception »). Certains ont complété leurs propos en précisant que les différences de contexte d'exercice professionnel pouvaient probablement impacter la prégnance du sujet (exercice en C.H.U., en C.H., difficultés de recrutement médical, présence ou pas d'internes...).

Concernant leur rôle de médecin face à la convergence des temps paramédicaux et médicaux, il est à noter une vision partagée sur la nécessité de devoir contribuer à l'amélioration de la situation. Des spécificités ont toutefois été repérées selon leurs fonctions. Ainsi, pour le P.C.M.E. « c'est plutôt à l'échelle des pôles que le sujet doit être traité ». Un des chefs de pôle considère que son rôle est très restreint, « c'est un sujet à travailler mais sensible, le risque c'est de rajouter de la contrainte et je ne souhaite pas en être à l'initiative ». Alors que pour son homologue, le rôle du chef de pôle se situe dans les échanges qu'il peut impulser sur le sujet avec l'ensemble des professionnels paramédicaux et médicaux du pôle. Les chefs de service expriment un point de vue prudent : « c'est difficile d'envisager concrètement ce que je peux faire ».

- Impacts :

Les principales conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux citées spontanément sont : des pertes de temps aussi bien pour les professionnels paramédicaux que médicaux, des tensions au sein des équipes et des impacts sur les prises en charge des patients.

Lorsqu'il est demandé d'identifier ces conséquences en fonction de domaines déterminés, sont retrouvés :

<b><u>Champ de la qualité des soins</u></b> :	Dysfonctionnements d'équipe plus ou moins visibles pour l'utilisateur et ses proches (retards, manque de clarté...), le manque de temps communs centrés sur la clinique entre les professionnels paramédicaux et médicaux.
<b><u>Champ de l'efficience de l'établissement</u></b> :	Un gaspillage de temps paramédical et médical, une insuffisance de rationalisation des consultations et des hospitalisations.
<b><u>Champ de la qualité de vie au travail des professionnels</u></b> :	De l'agacement, des colères inutiles, du découragement, du stress, des conflits entre professionnels.

Les avis sont partagés sur la question du champ de conséquences considéré comme étant le plus préjudiciable. En effet, deux champs sont mis en évidence : celui de la qualité des soins et celui de la qualité de vie au travail des professionnels.

Une diversité des points de vue est également exprimée sur le fait que certains secteurs ou types d'activités soient ou non plus particulièrement concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Le P.C.M.E. interviewé pense que les services de consultation, les hôpitaux de jour et les services de chirurgie ambulatoire sont davantage concernés. Pour lui, ce sont des services où tout retard a des répercussions immédiatement visibles. Un chef de pôle et deux chefs de service estiment eux que l'ensemble des secteurs et types d'activités peuvent être concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. L'un d'eux précise qu'à son avis c'est également très dépendant de l'activité (périodes de fortes activités plus à risque) et des tensions en personnel médical (postes non pourvus, périodes de congés annuels...). Pour un chef de pôle, le secteur le plus à risque est « *sans aucun doute le bloc opératoire* ». Cette diversité d'avis est sans doute à mettre en lien avec leurs vécus professionnels.

À titre personnel, en leur qualité de médecin, ces derniers ont tous exprimé qu'ils se sentaient concernés par une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux. Leurs propos ont été illustrés par de nombreux exemples : difficultés à maintenir des horaires de visites et de contre-visites réguliers, changements fréquents et peu maîtrisés dans leurs plannings de travail, retards lors des consultations...

- Freins - causes :

Les principales causes d'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux proposées sont : la charge de travail, des fragilités individuelles pour s'organiser, un manque de formation, une moindre disponibilité des infirmières observées ces dernières années, une sur-sollicitation institutionnelle avec des temps de réunion trop importants (instances, G.H.T., certification...).

- Leviers - Pistes d'amélioration :

Les possibilités d'actions amélioratrices essentiellement identifiées sont : la mise en place d'outils numériques allégeant les tâches administratives et fluidifiant la transmission des informations médicales, la formation continue des médecins avec des actions centrées sur l'axe organisationnel, le travail en proximité avec les équipes paramédicales lorsque des « *soucis sont signalés* ».

S'ils devaient travailler au sein de leur établissement sur un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, il apparaît clairement que les médecins interviewés s'attacheraient à identifier les causes racines pour ensuite pouvoir travailler sur ces dernières. Leur approche serait donc pragmatique sur le modèle de la résolution de problème. Un des médecins chefs de service a toutefois précisé, ne pas



avoir suffisamment réfléchi au problème pour se projeter dans une approche de sa prise en compte.

Concernant les acteurs à associer, sont cités unanimement leurs collègues médecins, les cadres supérieurs de pôle et les cadres de proximité. Il est à noter que le directeur des soins n'apparaît pas. Cependant, quand ils sont sollicités sur leur vision du rôle du directeur des soins sur ce type de projet, est mis en exergue une perception partagée autour d'un directeur facilitateur de projet de part sa connaissance des organisations soignantes mais également ses capacités à accompagner l'encadrement.

Les médecins n'ont pas connaissance de méthodes ou d'outils spécifiques de la convergence des temps paramédicaux ou médicaux. Plusieurs indicateurs ont par contre été proposés : mesure de la satisfaction directe de l'utilisateur, suivi des retards lors des consultations ou encore au démarrage des salles au bloc opératoire.

Vis-à-vis des apports du binôme « cadre supérieur de santé - médecin chef de pôle » : un chef de pôle considère que c'est surtout le cadre supérieur qui « *amène une plus-value* » (« *c'est son domaine l'organisation, il voit tout de suite ce qu'il faut faire* »). Son collègue estime lui, que c'est la cohérence du binôme qui fait que les projets fonctionnent et se réalisent (« *nous nous complétons et travaillons en totale confiance* »).

Quant à l'appréciation des médecins chefs de service sur le rôle des cadres de santé vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, a été souligné le fait que les cadres de santé ne soient pas suffisamment centrés sur l'organisation directe des soins au sein de leurs services (« *ils sont phagocytés par les problèmes de planning et les réunions qui ne servent pas à grand-chose* »). Les médecins chefs de service souhaiteraient un cadre de santé présent et actif sur le sujet de l'organisation. L'un d'eux exprime qu'il a repéré depuis une quinzaine d'années une évolution qu'il qualifie de « *défavorable* » de la fonction de cadre de santé (« *auparavant le cadre était présent, il participait à la visite, aux transmissions, il facilitait l'organisation en prenant des rendez-vous, en recevant les familles, (...), aujourd'hui il ne sait plus ce qui se passe dans son service* »).

- Limites :

Les principales limites identifiées à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux sont : la prise de conscience et la volonté des acteurs à faire évoluer les choses ainsi que leurs disponibilités pour pouvoir se donner les moyens de travailler le sujet et ce dans une projection durable. Le P.C.M.E. a insisté plus particulièrement sur la nécessité d'une prise de conscience collective de la communauté médicale et pense que c'est « *un long chemin avec des individualités pas toujours prêtes à se remettre en question* ».

- Ouverture - compléments :

Cet item a permis aux médecins de revenir sur des points qu'ils avaient exprimés lors de l'entretien en les soulignant ou en les illustrant par des exemples. Trois d'entre eux ont également souhaité avoir mon point de vue sur le sujet.

L'analyse des éléments recueillis auprès des médecins permet de mettre en évidence un sujet de la convergence de temps paramédicaux et médicaux ancré dans leur réalité professionnelle. Le constat est fait de la nécessité de travailler le sujet mais des fragilités sont à souligner en termes de connaissance de méthodes et d'outils. Le rôle potentiel du directeur des soins est peu maîtrisé.

### 3.2.4 Encadrement soignant : cadres supérieurs et cadres de proximité

- Perception du sujet :

Au sein des pôles et des services qu'ils ont en responsabilité, les cadres de proximité et cadres supérieurs de santé considèrent la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux comme étant « *un vrai sujet* » à travailler et ce en lien avec les nombreuses difficultés qui en émergent dans le quotidien des organisations soignantes. Un cadre de proximité et un cadre supérieur ont également précisé qu'ils regrettaient que ce sujet ne soit pas suffisamment questionné (« *nous savons qu'il y a des problèmes mais nous ne les traitons pas* », « *c'est du b.a.-ba de se coordonner et pourtant ce n'est pas fait* »).

Leur perception du sujet est identique à l'échelle nationale (« *dans tous les hôpitaux ce problème existe mais on fait comme si ça n'existait pas car on se veut pas remettre en cause les organisations médicales* »).

Les cadres soignants voient leur rôle en termes d'appui technique (connaissance des organisations, maîtrise de méthodes et d'outils, capacités à accompagner et à soutenir les équipes...). Ce rôle se décline logiquement sur deux niveaux : au niveau du pôle pour le cadre supérieur (mobilisation de l'équipe de cadres, travail avec le médecin chef de pôle...) et au niveau du service pour le cadre de proximité (mobilisation de l'équipe soignante, travail avec le médecin chef de service et les médecins présents dans le service, les internes...).

- Impacts :

Les principales conséquences identifiées d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux sont : une détérioration de la qualité du travail en équipe avec des impacts à la fois pour les usagers et les professionnels, une perte d'efficacité et une démobilitation des professionnels paramédicaux. Un cadre supérieur estime qu'il peut

également y avoir des risques de dépassements de fonction pour pallier à des difficultés de coordination et un fort sentiment d'insécurité pour les infirmières.

Lorsqu'il leur est demandé d'identifier ces conséquences en fonction de domaines déterminés, sont retrouvés :

<b><u>Champ de la qualité des soins :</u></b>	Un manque d'efficacité dans les prises en charge avec de nombreux retards (pour la réalisation des examens, l'organisation des sorties, les transferts...), une insuffisance de sécurisation de certains processus (prescriptions, information donnée au patient et à ses proches), des possibles dépassements de fonction
<b><u>Champ de l'efficience de l'établissement :</u></b>	Un gaspillage du temps paramédical et du temps « cadre »
<b><u>Champ de la qualité de vie au travail des professionnels :</u></b>	Des conflits, du stress, de l'agressivité, un sentiment d'insécurité, une démobilisation, une perte de sens, de l'épuisement

Deux champs de conséquences sont considérés comme étant les plus préjudiciables, il s'agit de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail des professionnels.

Selon l'avis de l'encadrement, l'ensemble des secteurs ou types d'activités sont concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Le cadre supérieur en responsabilité d'un bloc opératoire a particulièrement insisté sur les difficultés propres à son secteur pour coordonner les anesthésistes et les chirurgiens.

- **Freins - causes :**

Les principales causes repérées de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux sont : une insuffisance de structuration de l'organisation médicale, des enjeux d'organisation personnelle prenant le pas sur l'organisation professionnelle et ce au sein de la communauté médicale, un manque de cadrage et de contrôle du temps médical, un non-respect des professionnels paramédicaux, la charge de travail et le raccourcissement des durées de prises en charge.

- **Leviers - Pistes d'amélioration :**

Plusieurs exemples d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux sont proposés : une définition commune des organisations paramédicales et médicales, la mise en place du contrôle du temps médical, la mise en place de réunions cliniques pluridisciplinaires et l'arrêt des staffs exclusivement médicaux, l'anticipation des congés annuels des médecins ou bien encore la limitation de l'intérim médical.

Sur la question de la façon dont l'encadrement envisagerait de décliner un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, il est très

clairement apparu une déclinaison sur le modèle de l'approche « gestion de projet » (objectifs, plan d'actions...). A également été mis en évidence, la nécessité d'un co-pilotage médico-soignant comme préalable indispensable à la réussite du projet.

Pour ce qui est des méthodes ou outils, qui pourraient constituer des éléments aidants, l'encadrement propose de travailler des planifications de soins communes (médecins, personnel paramédical), ou encore de mettre en place des réunions également communes de planification des congés. Ils estiment aussi qu'il serait nécessaire d'identifier un responsable du temps médical au sein de chaque service. Pour ce qui est des indicateurs, sont proposés : une contractualisation et un suivi d'indicateurs en dialogue de gestion et en conseil de pôle (relevé des retards pour les consultations, les visites...).

Ils envisagent le rôle du directeur des soins sur le sujet comme devant être « *un soutien fort et efficace* » capable de se positionner et de peser sur les décisions prises face notamment au « *pouvoir médical* ».

L'encadrement considère que les binômes « cadre supérieur - chef de pôle » et « cadre de proximité - chef de service » permettent de porter auprès des équipes un discours cohérent qui facilite la mobilisation et l'adhésion au projet.

- Limites :

Les limites identifiées à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux sont : le rejet de l'équipe médicale, une modification temporaire des organisations avec un retour rapide « *aux mauvaises habitudes* », le « *manque de courage de certains médecins pour véritablement parler de ce qui ne va pas avec les collègues* », l'enfermement du débat dans un constat de résignation (« *nous n'avons pas assez de moyens* »).

- Ouverture - compléments :

Cet espace a permis à l'encadrement d'apporter des témoignages complémentaires vis-à-vis de leurs vécus professionnels. Deux d'entre eux (cadres de proximité) ont également insisté sur l'impact de la non convergence des temps paramédicaux et médicaux par rapport à leur travail d'encadrement avec une nécessité constante de « *faire tampon entre les infirmières et les médecins* » qui est vécue comme éprouvante, source d'épuisement et de sentiment d'isolement (« *je ne me sens pas soutenu, je le fais pour les équipes et les patients* »).

Les éléments recueillis auprès de l'encadrement soignant permettent de mettre en évidence une attente forte à travailler le sujet de la convergence de temps paramédicaux

et médicaux. Cette attente englobe l'implication et le soutien du directeur des soins. De nombreuses actions d'amélioration sont proposées.

### 3.2.5 Professionnels paramédicaux : infirmiers

- Perception du sujet :

Dans leurs quotidiens professionnels, les infirmières interviewées perçoivent la question de convergence des temps paramédicaux et médicaux comme « *un élément fondamental du bon fonctionnement du service* ». Pour l'une, « *les dysfonctionnements sont fréquents* » mais la cohésion de l'équipe soignant permet de les atténuer, alors que sa collègue se sent impuissante « *face à une désorganisation médicale importante* ».

- Impacts :

Les principales conséquences identifiées d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux sur la prise en charge d'un patient sont : l'incapacité à répondre aux questions de l'usager et de ses proches (date de sortie, traitements et examens prescrits...), un manque d'informations cliniques pouvant altérer la sécurité et la qualité des soins (modifications de traitements non communiquées en temps réel, consignes de jeun, de repos strict, d'isolement mises en place en différé...), ainsi que des interruptions fréquentes dans la réalisation des soins.

Vis-à-vis de la qualité de vie au travail, l'infirmière exerçant dans le service confronté à une importante désorganisation médicale exprime que souvent elle est « *à bout* » et qu'elle « *n'en peut plus* ». Elle pense que les médecins ne se rendent pas compte des conséquences et ce aussi bien pour les patients que pour les soignants.

Les infirmières questionnées considèrent que les services de médecine et de chirurgie sont particulièrement concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Pour elles, c'est essentiellement en lien avec le volume important de médecins qui y interviennent. Il est à noter la remarque d'une des infirmières, qui au regard de son expérience professionnelle, pense que des services comme les urgences ou les réanimations sont moins impactés et ce, du fait de la présence médicale permanente.

- Freins - causes :

Les infirmières repèrent comme causes les plus importantes d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux : la non organisation des médecins, le non-respect des organisations paramédicales, les jeux de pouvoir entre médecins, la charge de travail, l'absentéisme, la tendance pour certains médecins à privilégier leurs organisations personnelles, un manque de connaissance des contraintes liées à l'organisation paramédicale.

- Leviers - Pistes d'amélioration :

Sont proposées en actions d'amélioration possibles : la mise en place de groupes de travail pour réfléchir et s'entendre sur des organisations prenant en compte les contraintes mutuelles, un contrôle du temps médical, une réflexion sur l'organisation des visites et contre-visites, l'amélioration des remplacements.

- Ouverture - compléments :

Les infirmières n'ont pas souhaité amener d'éléments complémentaires.

Les entretiens menés avec les infirmières ont mis en évidence l'impact direct de la convergence des temps paramédicaux et médicaux dans leur quotidien professionnel. Cet impact est ressenti à la fois sur la qualité des soins mais aussi sur leur qualité de vie au travail.

### 3.2.6 Confrontation aux hypothèses :

Après avoir présenté les différents points de vue des acteurs, nous allons à présent les confronter aux hypothèses de travail que nous avons émises. Ainsi, pour chacune des hypothèses nous mettrons en évidence les éléments qui tendent à la valider (points retrouvés) et les écarts.

<b>Hypothèse n° 1 : « L'utilisateur est le premier bénéficiaire de la convergence des temps paramédicaux et médicaux »</b>	
<u>Points retrouvés</u> :	<u>Écarts</u> :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour l'ensemble des acteurs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il y a une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux, il y a un risque de conséquences pour l'utilisateur (avec une dégradation de la qualité de sa prise en charge).</li> <li>- La convergence des temps paramédicaux et médicaux est considérée comme un facteur de sécurité des soins.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'écarts significatifs.</li> </ul>
<u>Conclusion</u> : <b>Hypothèse validée</b>	

<b>Hypothèse n° 2 : « La convergence des temps paramédicaux et médicaux concourt à la performance hospitalière »</b>	
<u>Points retrouvés :</u>	<u>Écarts :</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour l'ensemble des acteurs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux impacte les trois éléments constitutifs de la performance hospitalière que nous avons identifié dans le cadre conceptuel, à savoir : la qualité des soins, l'efficacité et la qualité de vie au travail des professionnels.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concernant l'efficacité : pour les surcoûts potentiels, il est à noter que c'est essentiellement le facteur « ressources humaines » qui est retrouvé. Les surcoûts en utilisation non rationnelle du matériel, des locaux, les pertes de ressources en tarification de l'activité ne sont pas relevés à l'exception de la catégorie des directeurs des affaires médicales.</li> </ul>
<u>Conclusion :</u> <b>Hypothèse partiellement validée</b> (les impacts en termes d'efficacité sont identifiés de façon partielle par les principaux acteurs)	

<b>Hypothèse n° 3 : « La collaboration médico-soignante à chaque niveau (directeur des soins/P.C.M.E., cadre supérieur de santé/chef de pôle, cadre de santé/médecin chef de service) conditionne la convergence des temps paramédicaux et médicaux »</b>	
<u>Points retrouvés :</u>	<u>Écarts :</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La qualité de la collaboration médico-soignante à chaque niveau (directeur des soins/P.C.M.E., cadre supérieur de santé/médecin chef de pôle, cadre de santé/médecin chef de service) est un facteur de réussite de la convergence des temps paramédicaux et médicaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La connaissance du rôle du directeur des soins par la communauté médicale est à développer.</li> <li>• La prise de conscience médicale de leur champ d'action propre face au sujet est à renforcer.</li> </ul>
<u>Conclusion :</u> <b>Hypothèse partiellement validée</b> (des points de fragilité ont été identifiés auprès de la communauté médicale dans la perception des rôles)	

<b>Hypothèse n° 4 : « La convergence des temps paramédicaux et médicaux constitue un élément contributif de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé à l'hôpital »</b>	
<u>Points retrouvés :</u>	<u>Écarts :</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour l'ensemble des professionnels :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il y a une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux, il y a des conséquences sur la qualité de vie au travail des professionnels paramédicaux et médicaux.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'écart significatifs.</li> </ul>
<p><u>Conclusion :</u> <b>Hypothèse validée</b></p>	

Sur les quatre hypothèses proposées, deux hypothèses (l'hypothèse n° 1 : « l'utilisateur est le premier bénéficiaire de la convergence des temps paramédicaux et médicaux » et l'hypothèse n° 4 : « La convergence des temps paramédicaux et médicaux constitue un élément contributif de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé à l'hôpital ») ont donc été validées.

Pour ce qui est des deux autres hypothèses (l'hypothèses n° 2 « La convergence des temps paramédicaux et médicaux concourt à la performance hospitalière » et l'hypothèse n° 3 : « La collaboration médico-soignante à chaque niveau (directeur des soins/P.C.M.E., cadre supérieur de santé/médecin chef de pôle, cadre de santé/médecin chef de service) conditionne la convergence des temps paramédicaux et médicaux »), nous avons considéré qu'elles étaient partiellement validées au regard des éléments de perception incomplets proposés par les personnes interviewées.

L'étude de terrain a également mis en évidence un fort ancrage du sujet dans le quotidien des usagers et des professionnels ainsi qu'un enjeu collectif à le travailler.

Nous tenons toutefois à préciser que ces éléments ne sont bien entendus qu'indicatifs et n'ont aucun caractère de robustesse au regard de la faiblesse quantitative de la population enquêtée.



## 4 Préconisations :

La réalisation du cadre conceptuel et de l'étude de terrain, nous ont permis de comprendre : « en quoi à l'hôpital la convergence des temps paramédicaux et médicaux influençait la qualité et l'efficacité ». En effet, nous avons questionné cet « en quoi » via l'exploration de différentes hypothèses.

A présent, nous allons nous centrer sur les préconisations que nous pouvons proposer.

Pour cela, nous avons fait le choix de travailler ces dernières en fonction de trois niveaux en résonance avec les champs de compétences professionnelles du directeur des soins :

- un niveau politique : « quelle vision politique du sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux pour le directeur des soins ? »,
- un niveau stratégique : « quelles stratégies managériales peut-il élaborer ? »,
- un niveau opérationnel : « quels leviers opérationnels peut-il mobiliser ? ».

### 4.1 Une vision politique à porter :

#### *4.1.1 Préconisation n°1 « S'appuyer sur l'expertise du directeur des soins pour faciliter l'appropriation des enjeux au sein de l'équipe de direction »*

Au préalable à tout travail institutionnel sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux, il est indispensable que l'équipe de direction s'approprie les enjeux à travailler le sujet. Cette appropriation est d'autant plus nécessaire dans des contextes de recherche de rationalisation des organisations et d'engagement des structures dans des plans de retour à l'équilibre budgétaire. En effet, faire le choix politique d'engager des travaux exclusifs sur l'adaptation des ratios d'encadrement en personnel sans s'assurer que l'organisation médico-soignante est optimisée serait une hérésie et tendrait à dégrader la qualité des soins et la qualité de vie au travail. Le rôle du directeur des soins est à notre avis déterminant dans l'appropriation des enjeux de la convergence auprès de ses collègues. Son expertise des organisations doit lui permettre de fournir des éléments d'analyse permettant à l'équipe de direction de mesurer ces enjeux pour construire une politique cohérente. Cette expertise sera à compléter par les apports des directeurs en charge des affaires médicales et financières.

#### *4.1.2 Préconisation n°2 « Formaliser la vision politique du sujet : un directeur des soins acteur »*

Une fois que les enjeux sont identifiés et que la vision politique est clarifiée, il est nécessaire de rendre lisible cette dernière et donc de la formaliser.

Nous considérons que cette formalisation doit apparaître à trois niveaux dans le projet d'établissement :

- au sein du projet de soins avec un angle d'approche « qualité des soins et organisations performantes »,
- au sein du projet médical avec un angle d'approche « valorisation et optimisation des temps médicaux »,
- au sein du projet social avec un angle d'approche « qualité de vie au travail ».

L'enjeu est de donner à voir une vision cohérente et partagée du sujet. Le directeur des soins collaborera à la construction du projet médical et du projet social. Sa capacité à se positionner et à partager une vision politique avec le P.C.M.E et son collègue directeur des ressources humaines seront des facteurs clés de réussite. Dans le champ du projet de soins, une vigilance particulière devra être portée au partage de la vision politique au sein de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

#### 4.1.3. Préconisation n° 3 « Impliquer les usagers : un partenariat à mettre en place pour le directeur des soins »

Le cadre théorique et l'étude de terrain, nous ont permis de mettre en évidence le fait que l'utilisateur est le premier bénéficiaire de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Aussi, il nous semble important de recueillir son regard sur le sujet et de l'associer aux travaux institutionnels pour mettre en place un partenariat qui permet de valoriser l'expérience patient et d'enrichir notre vision du sujet. C'est cette structuration de la politique d'association de l'utilisateur que le directeur des soins doit penser en association avec son collègue chargé de la qualité. Cette vision politique du partenariat avec l'utilisateur sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux peut se construire en s'appuyant sur des outils classiques existants (commission des usagers, projet des usagers...) mais aussi, avec des formes moins conventionnelles comme l'association des usagers aux travaux sur le sujet de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou encore la valorisation de l'expérience patient via la mise en place d'espaces de dialogue directs avec les équipes médico-soignantes. Quelque soit les initiatives proposées, l'enjeu politique pour le directeur des soins est de reconnaître la place de l'utilisateur sur le sujet et de s'assurer que cette place est occupée de façon effective.

#### 4.1.4 Préconisation n°4 « Positionner la direction des soins au sein de la gouvernance médico-soignante »

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et la Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, ont instauré à l'hôpital un nouveau modèle de gouvernance. En effet, la mise en place des pôles d'activités pose le

principe d'une gouvernance médico-soignante forte. Cette gouvernance incarnée par le médecin chef de pôle assisté d'un cadre administratif et d'un cadre soignant doit trouver un juste équilibre entre les projets du pôle et les projets institutionnels. Or, dans les faits cet équilibre peut être complexe avec une interférence plus ou moins importante des jeux de pouvoirs entre les différents acteurs. Le risque pour le directeur des soins est de ne pas être positionné au sein de cette gouvernance et de la subir. Aussi, pour porter une vision politique du sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, il devra partager sa vision avec le P.C.M.E, les médecins chefs de pôle et les cadres supérieurs. Sa capacité à convaincre et à assumer sa vision politique du sujet constituent un enjeu de crédibilité.

#### 4.1.5 Préconisation n°5 « Porter institutionnellement le projet : place du directeur des soins »

Le portage institutionnel des projets joue un rôle clé dans leur aboutissement. Aussi, il convient en équipe de direction de s'entendre sur la façon dont le projet sera porté. Le rôle du directeur général ou chef d'établissement et plus particulièrement son engagement permettront de donner à voir le sujet et ainsi de le positionner. Cet engagement est à penser en termes de communication pour permettre aux acteurs d'en avoir une lecture. De notre point de vue, il nous semble important d'associer à ce portage institutionnel : le P.C.M.E., le directeur des soins, le directeur des affaires médicales et le directeur des ressources humaines et ce au regard de leurs champs respectifs de compétences.

#### 4.2 Des stratégies managériales à élaborer :

##### 4.2.1 Préconisation n°6 « Co-construire une stratégie entre direction des soins, direction des affaires médicales et direction des ressources humaines » :

Le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux est un sujet collectif qui concerne à la fois les organisations médico-soignantes, les ressources en personnel médical et paramédical et le champ de la qualité de vie au travail de ces professionnels. Par conséquent, il apparaît donc nécessaire que le directeur des soins, le directeur des affaires médicales et le directeur des ressources humaines élaborent conjointement une stratégie de déclinaison de leur vision politique du sujet. Cette co-stratégie vise à donner de la force et de la cohérence au projet. L'enjeu pour le directeur des soins sera de se positionner en qualité de garant de l'efficacité des organisations et de la juste répartition des ressources paramédicales à la fois sur le volet quantitatif mais aussi qualitatif avec l'approche par compétences nécessaires. Pour cela, il devra intégrer dans la stratégie co-

construite les éléments qui lui permettront de répondre à l'enjeu. Une vigilance toute particulière devra être portée sur l'aspect communicationnel de la stratégie (donner les bonnes informations, aux bons moments, aux bons interlocuteurs).

#### 4.2.2 Préconisation n°7 « Penser la stratégie d'accompagnement des professionnels : un directeur des soins initiateur »

Travailler le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux implique une prise de conscience de la part de l'ensemble des professionnels concernés à savoir les médecins et les soignants. En effet, si les professionnels ne mesurent pas les impacts liés à une insuffisance de convergence, il sera difficile de les mobiliser pour envisager des évolutions possibles. Une stratégie doit donc être réfléchie pour accompagner cette prise de conscience. Elle sera à personnaliser en fonction des contextes. Cette personnalisation visera à identifier les facteurs facilitant l'adhésion (attention portée aux discours des médecins, de l'encadrement, aux résultats d'audits, aux témoignages d'usagers...). Une fois ces facteurs identifiés, ils seront à partager en équipe de direction pour envisager les choix stratégiques d'orientation des professionnels (recours à un intervenant extérieur, portage interne, formation continue...). Le directeur des soins sera source de proposition et veillera à la cohérence de l'accompagnement proposé aux professionnels paramédicaux.

#### 4.2.3 Préconisation n°8 « Contractualiser une stratégie avec les pôles : un levier pour le directeur des soins »

Afin de responsabiliser les pôles, nous conseillons de contractualiser avec chaque pôle sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Cette contractualisation servira de levier sur lequel le directeur des soins, mais également le directeur général ou le chef d'établissement, le directeur des ressources humaines, le directeur des affaires médicales pourront s'appuyer pour suivre l'engagement du pôle dans une dynamique d'amélioration. Cette contractualisation est à intégrer dans les contrats de pôle et fera l'objet de suivi en dialogue de gestion. Une vigilance sera portée aux indicateurs de suivi choisis en fonction des objectifs d'amélioration définis (mesures des temps d'attente lors des consultations, des retards au démarrage des salles du bloc opératoire, satisfaction des usagers sur la fluidité de leur prise en charge...).

#### 4.2.4 Préconisation n°9 « Manager par la qualité : un élément d'appui pour le directeur des soins »

Une stratégie de management par la qualité permettra de faciliter la démarche de changement. Le directeur des soins intégrera donc cette stratégie de management et sera en capacité de la mobiliser et de la décliner. Pour cela, il pourra s'appuyer sur différentes

méthodes : intégration d'une dimension convergence des temps paramédicaux et médicaux dans les patients traceurs, réalisation d'E.P.P. (Evaluations des pratiques professionnelles) dédiées à la convergence des temps paramédicaux et médicaux, retours d'expérience suite à des signalements d'événements indésirables où des insuffisances de convergence des temps paramédicaux et médicaux sont identifiées, quick-audits sur la thématique de la convergence des paramédicaux et médicaux... Ce management par la qualité sera intégré par l'encadrement et si besoin des dispositifs de montée en compétences pourront être proposés.

#### 4.2.5 Préconisation n°10 « Structurer un management bienveillant : élément clé de transformation des organisations »

Le profil des professionnels et leur rapport au travail ont considérablement évolué ces dernières années (mobilités dans les parcours professionnels, recherche de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, place importante des loisirs, rejet des rapports d'autorité...). Dans ce contexte, le management doit s'adapter. Le directeur de soins visera donc à accompagner l'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux en s'appuyant sur un management bienveillant, mobilisateur et fédérateur. Son accompagnement s'orientera vers une compréhension des problématiques, une réelle prise en compte de ces dernières analysées et objectivées, ainsi qu'une capacité à rassurer sans perdre de vue les objectifs initiaux. Pour cela, ses compétences communicationnelles, relationnelles et pédagogiques vis-à-vis de l'encadrement, de la communauté médicale et des partenaires sociaux seront des atouts précieux au service de la valorisation de la performance collective.

#### 4.3 Des leviers opérationnels à mobiliser :

##### 4.3.1 Préconisation n°11 « Réaliser une cartographie initiale : un point d'ancrage pour le directeur des soins »

La réalisation d'une cartographie initiale de la situation concernant la convergence des temps paramédicaux et médicaux permettra au directeur des soins d'objectiver le sujet au sein de son établissement. Cette cartographie visera à identifier pour tous les secteurs de soins (services d'hospitalisation, de consultations, blocs opératoires, imagerie, laboratoire) les seuils de criticité. Elle constituera ainsi un outil précieux de diagnostic pour repérer les secteurs les plus à risque mais également pour impulser un dialogue initial sur le sujet. Nous proposons que pour chaque service, la cartographie s'appuie sur quelques indicateurs transversaux dont l'occurrence sera évaluée. Ces indicateurs pourraient être :

- pour les services d'hospitalisation (complète, de semaine ou de jour) : la durée des visites croisée avec le nombre de médecins et le nombre d'infirmiers ; la durée des temps cliniques communs paramédicaux et médicaux ou bien encore le nombre d'événements indésirables impliquant des dysfonctionnements liés à des insuffisances de convergence des temps paramédicaux et médicaux.
- pour les services de consultations : les temps d'attente pour les usagers et ce une fois qu'ils sont installés dans les salles d'attente de ces services.
- pour les blocs opératoires : le relevé des retards en salle liés à une non convergence des temps paramédicaux et médicaux en fonction de la catégorie professionnelle (infirmier de bloc opératoire, médecin anesthésiste, chirurgien...)
- pour les services d'imagerie : délais pour obtenir un rendez-vous en interne en dehors des situations d'urgence, délais pour avoir l'interprétation de ces examens.
- pour les services du laboratoire : délais pour traiter les examens prévalents.

#### 4.3.2 Préconisation n°12 « Elaborer des maquettes organisationnelles médico-soignantes : un directeur promoteur de l'outil ».

Afin d'avoir une vision globale des organisations déclinées au sein des services, nous préconisons d'élaborer des maquettes organisationnelles médico-soignantes. Ces maquettes permettront de visualiser sur un même support la cohérence et l'adéquation entre les organisations médicales et paramédicales. L'outil « maquette organisationnelle paramédicale » étant lui déjà connu et maîtrisé par les directions des soins, il apparaît facilitant de s'appuyer sur le directeur des soins pour construire ce nouvel outil.

#### 4.3.3 Préconisation n°13 « Structurer des coopérations institutionnelles : le directeur des soins accompagnateur »

Plusieurs outils peuvent permettre de mieux structurer les coopérations institutionnelles autour du sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Le directeur des soins s'attachera à accompagner leurs mises en œuvre opérationnelles. Nous citerons à titre d'exemples :

- la mise en place de binômes médico-soignants par service et par pôle « référents de la convergence des temps paramédicaux et médicaux »,
- la création d'une cellule médico-soignante au sein de l'établissement dédiée à la convergence des temps paramédicaux et médicaux,
- la rédaction d'une charte de la convergence du temps paramédical et médical au sein de l'établissement,
- la rédaction de protocole d'organisation médico-soignante par service,

- la création d'une commission institutionnelle de synchronisation des absences médicales avec les fermetures annuelles de lits et les adaptations en ressources paramédicales...

#### 4.3.4 Préconisation n°14 « Soutenir l'innovation : un directeur des soins mobilisateur des nouveaux métiers et des outils numériques »

La capacité du directeur des soins à proposer des solutions innovantes permettra de contribuer à l'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Ainsi deux champs d'innovation nous semblent particulièrement adaptés :

- Le champ du déploiement de la mise en œuvre des nouveaux métiers de la coordination (infirmiers de parcours, infirmiers programmeurs...). La formation d'infirmière en pratiques avancées peut également s'avérer tout à fait adaptée pour faciliter le recentrage du temps médical « rare » sur des activités où il est nécessaire.
- Le champ du développement des outils numériques (logiciel de gestion du temps de travail médico-soignant, logiciel d'adaptation capacitaire en phase avec les ressources paramédicales et médicales, outils numériques de partage d'information cliniques...).

#### 4.3.5 Préconisation n°15 « S'appuyer sur des méthodologies aidantes : rôle du directeur des soins »

Le rôle du directeur des soins s'inscrit également dans le choix des méthodologies qui peuvent être aidantes pour mener à bien un projet institutionnel d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Pour cela, il s'appuiera sur des éléments de veilles réglementaires et professionnelles (revues professionnelles, sites internet, brochures de formation...). La méthodologie proposée par l'A.N.A.P. pourra comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, être facilitante.





## **5 Conclusion :**

L'hôpital doit aujourd'hui relever de nombreux défis : être capable de proposer des prises en charge de qualité sur des durées de plus en plus courtes, rationaliser ses organisations, faire face à des contraintes financières de plus en plus prégnantes, sortir du modèle hospitalo-centré pour s'ouvrir sur la ville, se structurer au sein d'un territoire avec les G.H.T...

Ces défis demandent des adaptations rapides, nous obligeant à questionner en permanence nos organisations afin d'évoluer. L'organisation constitue donc un élément déterminant pour permettre à l'hôpital de répondre aux besoins de santé de demain. C'est dans ce contexte que chercher à améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux correspond à une exigence mais également, à un levier d'évolution pour l'hôpital.

En effet, lors de l'exploration du cadre conceptuel, nous avons pu mettre en évidence le fait que la convergence des temps paramédicaux et médicaux constituait un enjeu de performance hospitalière. Ces données ont été corroborées par l'étude de terrain que nous avons menée.

Ainsi, la recherche d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux est un vrai sujet à l'hôpital à condition que l'on accepte d'en prendre conscience et que l'on fasse le choix politique de le travailler.

De par ses compétences et son périmètre d'action, nous considérons que le directeur des soins a en responsabilité d'impulser une réflexion sur le sujet pour en faire un sujet éminemment collectif. Cette démarche collective (équipe de direction, communauté médicale, encadrement et usagers) représente une possibilité forte d'évolution vers davantage de qualité des soins, de qualité de vie au travail pour les professionnels paramédicaux et médicaux, mais aussi d'efficacité. Autour de ces enjeux, nous avons proposé plusieurs préconisations d'ordres politiques, stratégiques et opérationnelles visant à mettre en perspective les possibilités d'actions du directeur des soins.

Nous tenons également à préciser que lors de ce travail de recherche, nous avons fait le choix de nous centrer exclusivement sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux au sein des services de soins, sans aborder l'ouverture de la réflexion aux fonctions supports (restauration, lingerie, traitement des déchets...). Ce choix est bien entendu en lien avec notre cœur de métier (directeur des soins). Toutefois, nous avons bien conscience que dans une vision holistique de la convergence sur un établissement

nous devons tendre à concilier la coordination des fonctions de soins et des fonctions supports. Cette dimension de coordination pourrait faire l'objet d'une autre recherche...

De même, dans des contextes de développement de l'exercice médical partagé au sein des territoires, il nous semblerait pertinent de questionner la convergence des temps paramédicaux et médicaux non plus uniquement à l'échelle de l'institution mais à celle de ces territoires.

Ces possibles nous amèneraient également à interroger le rôle et le positionnement du directeur des soins.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

DE BROCA A., 2016, *Soigner aux rythmes du patient : les temporalités du soin au XXIème siècle*, Paris : Seli Arslan, 144 p.

GROSJEAN M., LACOSTE M., 1999, *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, Paris : Presses Universitaires de France, 225 p.

KLEIN E., 2002, *Le temps existe-t-il ?*, Paris : Le Pommier, 64 p.

LECLET H., VILCOT C., 2006, *Indicateurs qualité en santé : Certification et évaluation des pratiques professionnelles*, AFNOR, 165 p.

MINTZBERG H., 2004, *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris : Eyrolles - Editions d'organisation, 704 p.

### Articles :

ABAD M., JOHANET S., janvier/février 2015, « Synchronisation des temps : témoin de la qualité et de l'efficacité de l'équipe de soins », *La revue hospitalière de France*, n°562, pp. 34-39.

ABAD M., JOHANET S., 2015, « Synchroniser les temps des acteurs autour du patient pour conjuguer qualité des soins, bien-être au travail et efficacité économique », *Journal de gestion et d'économie médicales*, volume 33, pp. 107-108.

ACKER F., 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 161-181.

BOURGEON D., janvier 2013, « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du MAUSS*, n° 41, pp. 153-166.

BRASSEUR M., mars/avril 2011, « Le temps et le travail », *Humanisme et Entreprise*, n° 302, pp. 1-4.

BRUNELLE Y., 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, Volume 40, n° 1, pp. 39-48.

CHEN J., 2011, « Cerner la notion de temps », *Rue Descartes*, n°72, pp.31-51.

COLLECTIF, février 2017, « Dossier la concordance des temps à l'hôpital », *Soins Cadres*, n°101, pp. 15-51.

DELASSUS E., décembre 2014, « Le patient impatient », *Ethique et santé*, volume 11, pp. 216-219.

DONJON A., COMBIER M., novembre 2016, « La synchronisation des temps des personnels médicaux et non médicaux, une piste d'efficience », *Santé RH - La lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°88, pp.17-19.

FARGES A., 1912, « La notion bergsonienne du temps », *Revue néo-scholastique de philosophie* », 19<sup>ème</sup> année, pp. 337-378.

GIAMBRUNO C., JUAN E., PAUL E., février 2016, « La coordination des temps médicaux et non médicaux », *Gestions hospitalières*, n°553, pp. 119-123.

GRENER C., MARTIN V., mars 2013, « Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ? », *Management et Avenir*, n° 61, pp. 129-145.

HERREROS G., MILLY B., avril 2006, « Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération », *Convention Haute Autorité en Santé*, pp. 30-34.

LE POGAM M-A., LUANGSAY-CATELIN C., NOTEBAERT J-F., 2009, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management et Avenir*, n° 5, pp.116-134.

LIVARTOWSKI A., 2010, « Efficience hospitalière et efficience du système de santé », *La Revue Hospitalière de France*, n°536, pp. 40-43.

MIRAMON J-M., mars 2007, « Le temps des hommes, le temps des organisations », *Bulletin d'information du CREA I Bourgogne*, n° 268, pp.12-18.

PIERRON J-P., mars 2007, « Rythmes et institution : entre l'urgence et la routine », *Bulletin d'information du CREAL Bourgogne*, n° 268, pp.5-11.

PEIGNE P., janvier 2011, « Chronos vs. Kairos, quand les temps de l'organisation s'affrontent au lieu de se compléter : risques et paradoxes temporels du changement organisationnel », *Communiquer revue de communication sociale et publique*, n°5, pp.1-22.

POUCHELLE M-C., juin 2002, « Ici on ne fait pas de cadeau : partage du temps et don de soi à l'hôpital », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°5, pp.61-83.

### **Textes réglementaires :**

Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

### **Guides méthodologiques :**

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, « Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé : démarche méthodologique Version 2 », mai 2017.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, « Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé : Démarche méthodologique », juillet 2014.

Haute Autorité de Santé, « Rapport final du Programme Pacte (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) », janvier 2018.

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, « Gestion du temps de travail des soignants : guide de bonnes pratiques », 2009.

### **Sites internet :**

Site de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, « Synchronisation des temps médicaux et non médicaux », [visité le 20 avril 2018], disponible sur Internet : [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

Site d'APMnews, « Les méfaits de la désynchronisation - article du 17 janvier 2017 » [visité le 26 avril 2018], disponible sur Internet : [www.apmnews.com](http://www.apmnews.com)

Site du Centre National de Gestion, Rapport d'activité 2017 – synthèse publiée le 10 juillet 2018 [visité le 13 août 2018], disponible sur Internet : [www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)

Site des Connaissances philosophiques, « Le temps chez Saint Augustin - article du 7 janvier 2017 » [ visité le 15 juin 2018 ] , disponible sur [www.connaissancesphilosophiques.com](http://www.connaissancesphilosophiques.com)

Site de la Haute Autorité de Santé, « Travailler en équipe - article du 21 juillet 2014 », « Travailler en équipe pour des soins plus sûrs - article du 10 avril 2014 », « Qualité de vie au travail - article du 11 septembre 2017 », [visité le 18 mai 2018], disponible sur Internet : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Site de Larousse, [visité le 12 février 2018], [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

Site du Monde, « Le déficit des hôpitaux publics a doublé en 2017 malgré les efforts de Gestion - article du 19 juin 2018 » [visité le 27 juillet 2018], disponible sur internet : [www.mobile.lemonde.fr](http://www.mobile.lemonde.fr) et « Dans les hôpitaux, 19 000 postes de médecin sont non pourvus - article du 12 juillet 2018 » [visité le 16 août 2018], disponible sur internet : [www.mobile.lemonde.fr](http://www.mobile.lemonde.fr)

Site du Nouvel Observateur, « 6 mois à l'hôpital, 6 mois de solitude : j'ai créé une appli pour rapprocher les malades - article du 28 juillet 2014 » [visité le 5 juillet 2018], disponible sur internet : [www.m.leplus.nouvelobs.com](http://www.m.leplus.nouvelobs.com)

Site du Quotidien du Médecin, « L'importance du temps dans la relation patients-soignants - article du 18 juin 2018 » [visité le 2 septembre 2018], disponible sur internet : [www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr)

Site de Vocation Service public, « Les métiers paramédicaux à l'hôpital - article du 17 avril 2018 » [visité le 14 mai 2018], disponible sur internet : [www.vocationservicepublic.fr](http://www.vocationservicepublic.fr)

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des usagers » - page II
- Annexe 2 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des directeurs des soins » - page III
- Annexe 3 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des directeurs des affaires médicales » - page V
- Annexe 4 : « Guide d'entretien semi-directif à destination du P.C.M.E. » - page VII
- Annexe 5 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des médecins chefs de pôle » - page IX
- Annexe 6 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des cadres supérieurs de santé » - page XI
- Annexe 7 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des médecins chefs de service » - page XIII
- Annexe 8 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des cadres de santé » - page XV
- Annexe 9 : « Guide d'entretien semi-directif à destination des professionnels paramédicaux » - page XVII

## **ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-directif à destination des usagers**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire. En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre expérience d'usager à l'hôpital ?

### 3. Perception du sujet :

- Lors de vos prises en charge hospitalières (consultations/hospitalisations), comment avez-vous perçu la question de la coordination entre les professionnels paramédicaux et médicaux ?

- Avez-vous repéré des points forts dans la coordination de ces professionnels ? Si oui, pourriez-vous me donner des exemples ?

- A contrario, avez-vous identifié des difficultés de coordination ? Si oui, pourriez-vous me décrire les difficultés que vous avez identifiées ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, lors de la prise en charge d'un patient, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de coordination entre professionnels paramédicaux et médicaux ?

- Vous est-il arrivé de devoir attendre lors de vos prises en charge, que ce soit pour des consultations ou des hospitalisations ? Si oui, vous a-t-on expliqué pourquoi vous attendiez ? Comment avez-vous ressenti ces temps d'attente ?

- Ces temps d'attente sont-ils synonymes pour vous de « non qualité » ? Pouvez-vous argumenter votre réponse ?, merci.

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les causes d'une insuffisance de coordination des professionnels paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la coordination des professionnels paramédicaux et médicaux à l'hôpital ?

### 7. Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.



## **ANNEXE 2 : Guide d'entretien semi-directif à destination des directeurs de soins**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

Je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Je souhaite mieux comprendre quel peut être l'enjeu de ce sujet pour un directeur des soins. Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein de votre établissement, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle en qualité de directeur des soins vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Si vous deviez piloter un projet visant à améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux, comment vous y prendriez-vous ?

- Quels éléments de méthodologie utiliseriez-vous ?

- Connaissez-vous la démarche méthodologique proposée par l'A.N.A.P. ? Si oui, la mobiliseriez-vous ? Pourquoi ?

- Concernant les éléments stratégiques, sur quels points seriez-vous plus particulièrement vigilant ?

- Avec quels acteurs travailleriez-vous, avec quels objectifs ?
- Pensez-vous disposer d'outils qui seraient mobilisables pour améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Idem pour les indicateurs ?
- Spontanément, identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux

8. Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.

## **ANNEXE 3 : Guide d'entretien semi-directif à destination des directeurs des affaires médicales**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein de votre établissement, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle en qualité de directeur des affaires médicales vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Si vous deviez travailler sur un projet visant à améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux, comment vous y prendriez-vous ?

- Quels éléments de méthodologie utiliseriez-vous ?

- Connaissez-vous la démarche méthodologique proposée par l'A.N.A.P. ? Si oui, la mobiliseriez-vous ? Pourquoi ?

- Concernant les éléments stratégiques, sur quels points seriez-vous plus particulièrement vigilant ?

- Avec quels acteurs travailleriez-vous, avec quels objectifs ?

- Comment envisagez-vous le rôle du directeur des soins sur ce sujet ?
- Pensez-vous disposer d'outils qui seraient mobilisables pour améliorer la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Idem pour les indicateurs ?
- Spontanément, identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

8. Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.

## **ANNEXE 4 : Guide d'entretien semi-directif à destination du P.C.M.E.**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein de votre établissement, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle en qualité de P.C.M.E. vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

- A titre personnel, en qualité de médecin, avez-vous été directement concerné par une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous m'expliquer en quoi ce sujet vous a concerné et quels en étaient les impacts ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

- Si un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux devait être mené au sein de votre établissement, comment envisagez-vous qu'il puisse être décliné ? Avec quels acteurs et pourquoi ?
- Pourriez-vous plus particulièrement décrire comment vous percevez le rôle du directeur des soins sur ce sujet ?
- Avez-vous connaissance de méthodes, d'outils, d'indicateurs qui pourraient constituer des éléments aidants ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

8. Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.

## **ANNEXE 5 : Guide d'entretien semi-directif à destination des médecins chefs de pôle**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein de votre pôle, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle en qualité de médecin chef de pôle vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

- A titre personnel, en votre qualité de médecin, avez-vous été directement concerné par une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous m'expliquer en quoi ce sujet vous a concerné et quels en étaient les impacts ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

- Si un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux devait être mené au sein de votre pôle, comment le déclineriez-vous ? Avec quels acteurs travailleriez-vous et pourquoi ?
- Avez-vous connaissance de méthodes, d'outils, d'indicateurs qui pourraient constituer des éléments aidants ?
- Comment envisagez-vous sur ce sujet le rôle du directeur des soins ?
- Que peut apporter le binôme que vous constituez avec le cadre supérieur de santé sur le sujet ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

8 Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.



## **ANNEXE 6 : Guide d'entretien semi-directif à destination des cadres supérieurs de santé**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein du pôle que vous avez en responsabilité, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle en qualité de cadre supérieur vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

- Si un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux devait être mené au sein du pôle, comment le déclineriez-vous ?

- Avez-vous connaissance de méthodes, d'outils, d'indicateurs qui pourraient constituer des éléments aidants ?

- Comment sur ce sujet, envisagez-vous le rôle du directeur des soins ?

- Que peut apporter le binôme que vous constituez avec le médecin chef de pôle sur le sujet ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

8 Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.

## **ANNEXE 7 : Guide d'entretien semi-directif à destination des médecins chefs de service**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein du service que vous avez en responsabilité, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle en qualité de médecin chef de service vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

- A titre personnel, en votre qualité de médecin, avez-vous été directement concerné par une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous m'expliquer en quoi ce sujet vous a concerné et quels en étaient les impacts ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

- Si un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux devait être mené au sein de votre service, comment le déclineriez-vous ?

- Avez-vous connaissance de méthodes, d'outils, d'indicateurs qui pourraient constituer des éléments aidants ?
- Comment sur ce sujet, envisagez-vous le rôle du directeur des soins ?
- Quel rôle doit avoir selon vous le cadre de santé de votre service ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

8 Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.

## **ANNEXE 8 : Guide d'entretien semi-directif à destination des cadres de santé**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Au sein du service que vous avez en responsabilité, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Dans les hôpitaux, est-ce selon vous un sujet à travailler ? Merci d'argumenter votre réponse.

- Comment voyez-vous votre rôle de cadre de santé vis-à-vis de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Selon vous, quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

- Pourriez-vous me donner des exemples de ces conséquences concernant :

- la qualité des soins ?
- l'efficacité de l'établissement ?
- la qualité de vie au travail des professionnels ?

- Si vous deviez prioriser une conséquence qui, pour vous, serait la plus préjudiciable, laquelle retiendriez-vous ? Pouvez-vous justifier votre choix ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les principales causes de l'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Identifiez-vous des possibilités d'actions amélioratrices de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ? Si oui, pourriez-vous me donner quelques exemples ?

- Si un projet d'amélioration de la convergence des temps paramédicaux et médicaux devait être mené au sein de votre service, comment le déclineriez-vous ?

- Avez-vous connaissance de méthodes, d'outils, d'indicateurs qui pourraient constituer des éléments aidants ?

- Comment sur ce sujet, envisagez-vous le rôle du directeur des soins ?

- Quel rôle doit avoir selon vous le médecin chef de votre service ?

7. Limites :

- Quelles limites pensez-vous qu'il puisse y avoir à un travail sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

8 Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.

## **ANNEXE 9 : Guide d'entretien semi-directif à destination des professionnels paramédicaux**

Date de l'entretien : ..... Heure de début : ..... Heure de fin : .....

### 1. Présentation de l'intervieweur :

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et j'ai souhaité pouvoir échanger avec vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire.

En effet, je travaille sur le sujet de la convergence des temps paramédicaux et médicaux, ou comment améliorer la coordination des professionnels de santé à l'hôpital.

Bien entendu, nos échanges feront l'objet d'une anonymisation.

### 2. Présentation de l'interviewé :

- Pour débiter, pourriez-vous me présenter les grandes lignes de votre parcours professionnel ?

### 3. Perception du sujet :

- Dans votre quotidien professionnel, comment percevez-vous la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 4. Impacts :

- Quelles peuvent-être les conséquences d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux sur la prise en charge d'un patient ?

- L'insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux peut-elle avoir des conséquences sur votre qualité de vie au travail ? Si oui, pourriez-vous expliquer ces conséquences ?

- Pensez-vous que certains secteurs ou types d'activités soient davantage concernés par la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux et pour quelles raisons ?

### 5. Freins - causes :

- A votre avis, quelles sont les causes d'une insuffisance de convergence des temps paramédicaux et médicaux ?

### 6. Leviers - Pistes d'amélioration :

- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer cette convergence ?

### 7. Ouverture - compléments :

- Suite à notre échange, quels éléments complémentaires souhaitez-vous apporter ?

Merci de votre participation.





RIVALDI

Lydie

Décembre 2018

## Filière directeur des soins

Promotion 2018

# La convergence des temps paramédicaux et médicaux : un enjeu de qualité et d'efficacité pour le directeur des soins

### **Résumé :**

Dans le cadre de notre formation de directeur des soins, nous avons eu l'opportunité de pouvoir réaliser un travail de recherche en lien avec une problématique ancrée dans notre futur exercice professionnel. C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'engager une réflexion sur la convergence des temps paramédicaux et médicaux à l'hôpital sous l'angle d'approche des compétences du directeur des soins.

Pour explorer notre questionnement, nous avons formulé quatre hypothèses initiales :

- L'utilisateur est le premier bénéficiaire de la convergence des temps paramédicaux et médicaux.
- La convergence des temps paramédicaux et médicaux concourt à la performance hospitalière.
- La collaboration médico-soignante à chaque niveau (directeur des soins/Président de la Commission Médicale d'Établissement, cadre supérieur de santé/médecin chef de pôle, cadre de santé/médecin chef de service) conditionne la convergence des temps paramédicaux et médicaux.
- La convergence des temps paramédicaux et médicaux constitue un élément contributif de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé à l'hôpital.

Dans un premier temps, ces hypothèses ont été confrontées à un cadre théorique, nous permettant de poser des repères communs concernant : le concept du temps à l'hôpital, la diversité des temporalités existantes, les liens entre ces temporalités et la performance hospitalière, le positionnement managérial et la démarche méthodologique de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Puis, dans un second temps, nous avons mené une étude de terrain visant à croiser les hypothèses aux points de vue des principaux acteurs impliqués. C'est ainsi que nous avons pu réaliser 19 entretiens semi-directifs auprès d'utilisateurs, de directeurs des soins, de directeurs des affaires médicales, de médecins, de cadres et de professionnels paramédicaux.

Notre travail se conclut sur des préconisations centrées sur le rôle du directeur des soins face à la question de la convergence des temps paramédicaux et médicaux. Ces préconisations s'inscrivent dans les périmètres d'actions du directeur des soins, à savoir les champs politiques, stratégiques et opérationnels.

### **Mots clés :**

Convergence, temps paramédicaux et médicaux, qualité des soins, qualité de vie au travail, efficacité, performance hospitalière, directeur des soins.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*