



PLAN D'ACTION POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU
TRAVAIL AU CHU GRENOBLE ALPES
Vers un collectif rassemblé autour de valeurs partagées

INTRODUCTION

Le CHU de Grenoble-Alpes est le site hospitalo-universitaire de référence de l'arc alpin, reconnu au niveau national et international pour la qualité de ses soins, de son enseignement et de sa recherche.

Chaque année, il accueille plus de 100 000 patients aux Urgences, 800 000 patients en consultations, réalise près de 600 000 journées d'hospitalisation. Il est le premier trauma center de France du fait de sa localisation en proximité de zones montagneuses et de l'excellence de ses équipes. Son activité de recherche, le positionne en 7^{ème} position des CHU.

L'excellence des activités du CHU témoigne de l'engagement, du dynamisme et du sens du professionnalisme du personnel hospitalier et universitaire qui le compose.

Le projet d'établissement 2016-2020 affiche 5 principaux domaines d'excellence du CHU :

- Les neurosciences (neurologie, neurochirurgie, neuro-imagerie. FHU Neuropsychov, Grenoble Institut des Neurosciences/ INSERM, UGA)
- La traumatologie complexe (1^{er} trauma center de France, centre d'enseignement par simulation)
- Technologies pour la santé (TIMC-IMAG dédié à l'informatique et au mathématiques appliquées en biologie et en santé/CNRS; CIC IT; Clinatex, centre d'innovation dédié aux technologies médicales/CEA)
- Maladies chroniques et cancer (Institut pour l'Avancée des Biosciences (IAB) dédié à l'épigénétique, aux pathologies chroniques et au cancer/INSERM, UGA)
- Génétiques et épigénétiques de la procréation

Le CHU est partenaire de l'UGA, Université de rang mondial qui a obtenu dès 2016 le label Idex – initiative d'excellence décerné par un jury international. Les UFR de médecine et pharmacie sont en pointe, notamment sur la pédagogie innovante.

Le projet d'établissement du CHU possède un volet dédié au projet social visant à l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT). En appui de cette priorité, le CHU a activement mobilisé depuis les années 2000 les co-financements alloués par l'Agence Régionale de Santé au travers des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail. Premier contributeur régional en nombre de projets déposés et retenus, le CHU a pu ainsi déployer la démarche ORSOSA de prévention des Risques Psycho-Sociaux dans de nombreux secteurs, pérenniser la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans le Document Unique et un Programme d'Amélioration et de Préventions des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail régulièrement remis à jour.

Fin 2017, à la suite du décès tragique d'un neurochirurgien et dans la mesure où trois situations de PU PH connaissant des difficultés d'intégration au sein de leur service avaient fait l'objet d'un signalement au médiateur national, la Ministre de la Santé a demandé à ce dernier de se rendre dans l'établissement et de produire un rapport de situation sur l'établissement. Le Médiateur National a écrit son rapport à l'issue de 3 jours dans l'établissement et après avoir vu une trentaine de professionnels ayant émis le souhait de rencontrer le médiateur. Le rapport n'a donné lieu à aucun contradictoire de la part de la Direction Générale, de la CME ni de l'UFR.

La publication du rapport a donné lieu à un déchaînement médiatique et un accroissement des tensions autour de l'établissement déjà traumatisé par le suicide d'un praticien.

Soucieuse de rassembler l'établissement, la Gouvernance de l'établissement a choisi de mener une large concertation pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels.

Toutes les instances représentatives ont été consultées et ont fait remonter leurs contributions. De nombreux groupes de professionnels ont pu aussi faire remonter des propositions. La Gouvernance (Direction générale, UFR, CME) est allée à la rencontre de tous les personnels lors d'assemblées générales dans tous les pôles de l'établissement. Les nombreux échanges et rencontres ont été dans la grande majorité des cas très directs mais aussi très constructifs. Ce travail de fond a fait émerger de nombreuses pistes d'actions concrètes destinées à améliorer le fonctionnement du CHU et à éviter le renouvellement de situations individuelles particulièrement difficiles ayant toujours un retentissement délétère sur l'ensemble des équipes médicales et paramédicales .

Tout démontre l'attachement du personnel du CHUGA à participer à la construction d'une sortie de crise collective et celle de la Gouvernance de prendre en compte les préconisations qui lui sont faites afin de modifier en profondeur le fonctionnement de l'établissement.

La volonté du CHU Grenoble Alpes est de retrouver un climat de confiance au sein de l'établissement. Conscient que pour permettre à l'ensemble des hospitaliers de réaliser sereinement leurs missions de soin, de recherche et d'enseignement il est indispensable de promouvoir un cadre de travail respectueux de tous, le CHUGA réaffirme à travers ce plan d'action la volonté de faire de la QVT de ses équipes une priorité.

Ce plan d'actions est évolutif. Il pourra intégrer au fil du temps, soit de nouvelles problématiques à traiter qui n'y figureraient pas, soit des évolutions du calendrier de mise en œuvre des actions si le besoin s'en fait sentir. Ce projet met en évidence l'interdépendance qui existe entre qualité des soins, de la recherche et de l'enseignement et qualité de vie au travail.

La concertation lancée dans le cadre de l'élaboration du plan d'action dans sa partie médicale a apporté de très nombreux éléments. Une enquête web lancée par la Commission Médicale d'Établissement a connu une participation très élevée avec 566 réponses complètes soit 60 % de taux de participation. Les instances et multiples groupes d'expression des personnels administratifs, techniques, médico-techniques et soignants ont également fait de très nombreuses propositions.

La gouvernance a bien mesuré le ressenti global de dégradation des conditions de travail des médicaux et des paramédicaux dans le contexte du plan triennal d'économies de l'assurance maladie qui, pour que l'établissement respecte la trajectoire financière qui lui a été donnée par les Autorités de Tutelle nécessite de permanentes réorganisations et réductions de moyens. Elle a de même constaté la non adaptation du dispositif de vigilance et de réponse aux situations de souffrance au travail ou de conflits qui faisait plus l'objet d'actions ponctuelles guidées par le contexte que d'une organisation institutionnelle bien structurée.

La deuxième priorité est sans conteste la nécessité de travail sur les valeurs, autour de la notion fondamentale de service public hospitalier dans un centre hospitalier universitaire. Nombreux sont les personnels qui ont fortement rappelé que l'objet de leur engagement est l'humain et le soin. Le CHUGA est inscrit dans un projet Bientraitance depuis 2016 qui vient d'être lauréat sur les projets innovation de la FHF en février 2018. Notre bouquet de valeurs partagées validé par tous doit devenir un socle collectif fédérateur.

Faire évoluer l'organisation, la communication, la prise de décision est la troisième priorité.

Enfin les rencontres avec les différentes catégories de personnels montrent avec acuité à quel point ceux-ci sont conscients des contraintes financières nationales qui sont imposées à l'établissement au moment où celui-ci doit lourdement investir pour rénover le site principal du CHU datant des années 1970. Les personnels du CHU s'inscrivent largement dans la vague de contestation du modèle actuel de financement de l'hôpital public, à fortiori des CHU, et ont souhaité être force de proposition. Les transferts d'activité en cours, les dysfonctionnements du système de santé, l'impact majeur du vieillissement ou des maladies chroniques sont autant de sujets qui questionnent la pérennité du modèle.

Ce plan d'actions prend en considération à la fois la dimension humaine, culturelle (appropriation par l'ensemble des personnels) autour des valeurs du service public hospitalier, stratégique et économique. Il définit les indicateurs qui permettront de mesurer son efficacité et de valider les orientations stratégiques qu'il propose. Ce plan d'actions sera accompagné d'une large communication institutionnelle, interne et externe, de présentation de son contenu et de la méthode qui a permis de le construire.

La mise en œuvre sera réalisée dans le même esprit que la concertation, en associant un maximum de professionnels. Les instances, les partenaires sociaux mais également les professionnels de terrain seront étroitement associés à la démarche.

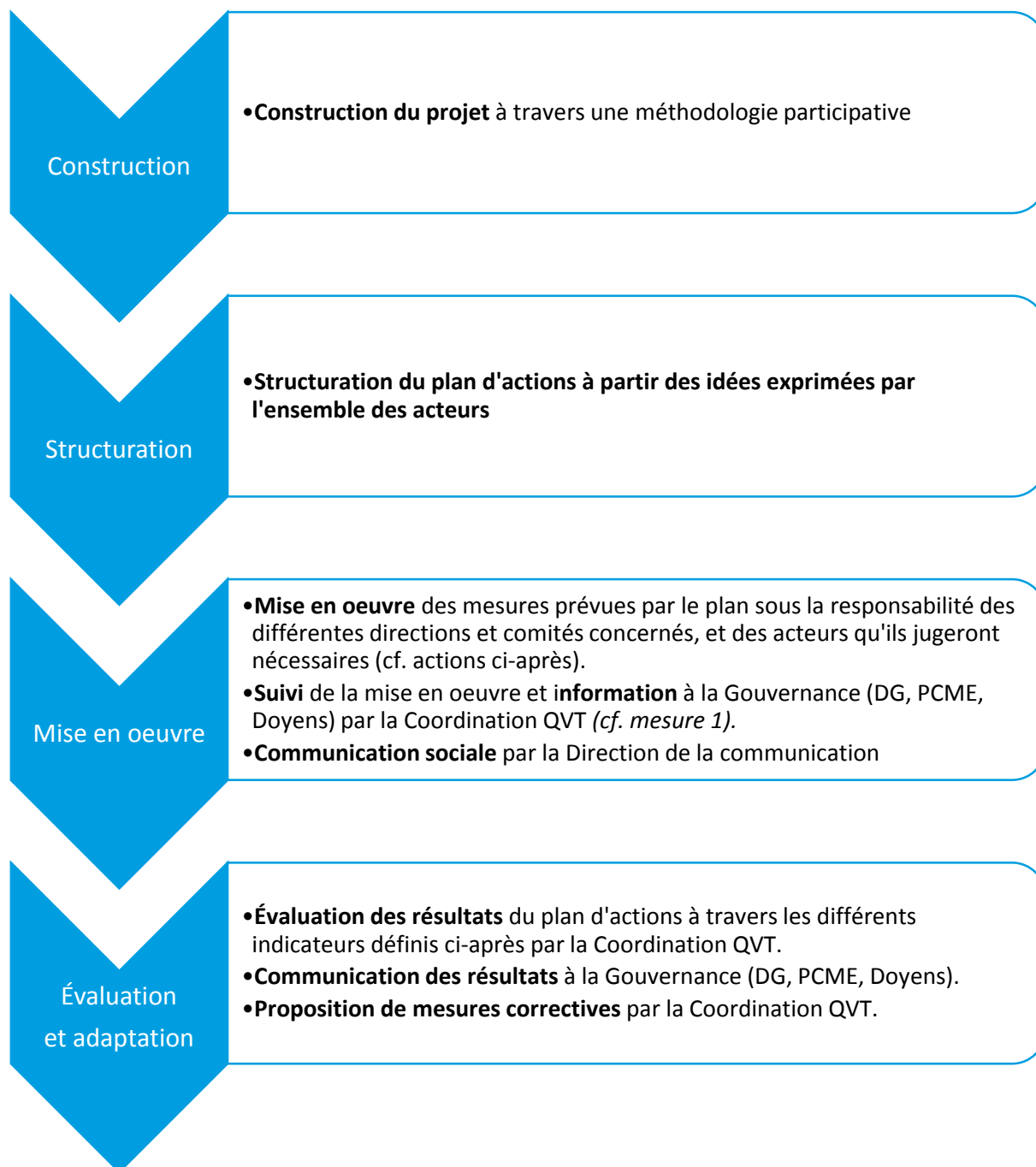
Le plan d'actions élaboré sur la base des propositions recueillies auprès de l'ensemble des acteurs se décline en trois grandes parties :

Une première partie décline l'ensemble des actions prévues par l'établissement (Première partie). Elles sont elles-mêmes de deux types des actions stratégiques (Première partie, 1) et des actions opérationnelles (Première partie, 2).

La deuxième partie présente les principaux investissements pour l'avenir (Seconde partie). Elle fait état des conditions matérielles de travail et des questions de vétusté des locaux et équipements, qui constituent l'une des sources de difficulté majeure pour la qualité de vie au travail des professionnels (Seconde partie, 1)

En outre, il est apparu lors de la large concertation menée qu'une partie du malaise exprimé découle de problématiques relatives à des sujets d'ordre national. Compte tenu de la crise traversée par l'établissement et de la mobilisation collective, l'établissement se propose de participer à la réflexion nationale sur ces sujets (Seconde partie, 2 et 3).

METHODE SUIVIE



PREMIERE PARTIE LE PLAN D'ACTION GENERAL

1 Les actions d'ordre stratégique

Les difficultés que le CHUGA rencontre interrogent la culture de notre établissement. La phase de consultation a permis de faire émerger des besoins concrets regroupés en 6 thèmes :

1. Créer les conditions de la coordination et de l'évaluation du projet
2. Définir des modalités partagées de prise en charge des situations de souffrance collectives ou individuelles, et de régulation des conflits
3. Améliorer la communication verticale et horizontale au sein de l'établissement
4. Concilier un management humain et un pilotage efficace, tout en donnant les moyens aux responsables de le faire en partant de l'organisation de l'unité fonctionnelle et de ses liens avec son environnement (synchronisation des temps médicaux et paramédicaux)
5. Clarifier les périmètres d'action des différentes entités de gouvernance
6. Intégrer, fidéliser et engager l'ensemble des hospitaliers

Chacun de ces axes a fait l'objet d'une réflexion participative ayant permis de définir des mesures prioritaires et des actions concrètes à mener. Afin d'évaluer l'efficacité de ces mesures, la Coordination QVT suivra l'évolution d'indicateurs spécifiques définis ci-après et de façon générale du baromètre QVT.

1.1 Axe 1 : Créer les conditions de la coordination et de l'évaluation du projet

OBJECTIF :

Mettre en cohérence et valoriser l'ensemble des initiatives relatives à la QVT au sein de l'établissement et définir les modalités d'évaluation de leur efficacité au niveau du terrain.

MESURES :

Mesure 1 - Coordination QVT

Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures prévues par le présent plan d'actions, en accord avec les dispositions du projet social et du projet d'établissement, la Commission QVT de la CME et le groupe projet social constitueront la Coordination QVT de l'établissement. Les deux UFR désigneront chacune un représentant au sein de cette Coordination. L'Université sera associée à ces travaux.

Ces deux instances ayant largement contribué à la construction des éléments du projet social, il est important de les inviter à se réunir et à travailler de concert sur ces sujets.

La Coordination QVT a pour responsabilité d'administrer et de diffuser les résultats du baromètre QVT (*cf. mesure 2*) deux fois par an.

Actions	Responsable	Échéance
1 Lancer la Coordination QVT avec la Commission QVT de la CME et le groupe « projet social ».	Directoire et partenaires sociaux	T 2
2 Rappeler que la participation à la Coordination QVT est ouverte à l'ensemble des partenaires sociaux.	Coordination QVT	T 2
3 Définir son mandat (périmètres de responsabilités et délégations) sur les différents sujets de QVT.	Directoire et partenaires sociaux	T 2
4 Établir ses modalités de fonctionnement (responsabilités individuelles, modalités de réunion, de prise de décisions, de gestion des désaccords, de remontée d'information, indicateurs à suivre, etc.)	Coordination QVT	T 2
5 Communiquer et rendre visible sa composition et son mandat par écrit et auprès des personnels	Coordination QVT	T 3

Recommandations particulières sur les modalités de fonctionnement (bases d'un accord de méthode) :

Responsabilités individuelles

- Définir l'ensemble des rôles et des statuts au sein de la Coordination.

Modalités de réunion

- Fréquence des réunions une fois par mois le premier trimestre, puis une fois par trimestre par la suite (à revoir en fonction des besoins) ;
- Production des comptes rendus de séance selon procédure à texte unique.

Modalités de remontées d'information

- Envoi de l'agenda (thème, ordre, timing) au minimum 48h avant chaque réunion ;
- Envoi du compte rendu au maximum 72h après chaque réunion.

Indicateurs à suivre

- Baromètre QVT ;
- Indicateurs spécifiques cités ci-après.

Mesure 2 - Créer et mettre en œuvre un baromètre QVT

Un état des lieux des perceptions des collaborateurs sur leur qualité de vie au travail sera réalisé à l'aide d'indicateurs déterminés. Ce premier état des lieux permettra d'évaluer les évolutions de ces perceptions à la suite de la mise en œuvre des mesures définies par le présent plan d'action.

Le baromètre QVT se présente sous la forme d'un **court questionnaire qualitatif** visant à évaluer le niveau de satisfaction de l'ensemble des collaborateurs par rapport aux différents aspects du quotidien professionnel.

Le questionnaire sera destiné à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Le contenu du questionnaire sera proposé par la médecine du travail, il devra être validé par le CHSCT et la CME.

Il est de la responsabilité de la Coordination QVT de piloter le baromètre QVT, de l'administrer selon une périodicité à définir auprès de l'ensemble des collaborateurs, de collecter les résultats, de les analyser, d'en faire la synthèse et de les communiquer à la Direction générale et aux instances.

Il sera déployé pour la première fois le 1^{er} juin 2018.

1.2 Axe 2 : Définir des modalités partagées de prise en charge des situations de souffrance collectives ou individuelles, et de régulation des conflits

OBJECTIF :

Mieux identifier et prendre en charge les situations de détresse collectives ou individuelles au sein de l'établissement et retrouver un dialogue sein dans les collectifs de travail.

MESURES :

Mesure 3 – Mettre en place un dispositif d'alerte et d'intervention des situations de souffrance et de conflit au travail.

Depuis janvier 2018, une réflexion collective est menée entre l'UFR, l'Université (employeur principal des personnels universitaires), la Direction, le CHSCT, les partenaires sociaux, le département médecine et santé au travail et le Conseil de l'Ordre sur la mise en place d'un dispositif général de gestion des situations de souffrance dans l'établissement. Inspiré du dispositif d'alerte de l'Université, **l'outil est en cours de construction**. Il s'organise selon trois axes : un axe d'alerte, un axe d'intervention et un axe de prévention. **Il permet d'ores et déjà d'identifier les différentes voies de recours formelles à disposition des individus en difficulté ou témoins d'une difficulté.**

Le Comité de pilotage pluridisciplinaire est en cours de définition des modalités de fonctionnement de ce dispositif. Ce comité de pilotage évoluera lors de la mise en œuvre du dispositif en cellule d'intervention.

Il incombe au comité de pilotage les responsabilités suivantes :

- Organiser la centralisation des alertes ;
- Décider des actions appropriées après analyse de la situation signalée en concertation avec la partie intéressée ;
- Assurer le suivi des situations prises en charge ;
- Communiquer et s'assurer de la visibilité et de la bonne compréhension du dispositif ;
- Identifier et faire remonter à la Coordination QVT les besoins de formation et/ou d'accompagnement des groupes d'intervention ;

L'administration du dispositif requerra l'identification d'un agent administratif dédié à la collecte, à la transmission et au suivi des informations. Des actions doivent encore être réalisées afin de faire du dispositif de prévention de CHUGA un véritable outil de régulation systémique des situations de souffrance et de conflit :

Actions	Responsables	Échéance
1 Valider les modalités de fonctionnement du dispositif d'alerte et d'intervention auprès des instances	Comité de pilotage, Direction, instances	T2
2 Définir les typologies des situations rencontrées et les modalités de prise en charge des signalements.	Comité de pilotage	T2
3 Recruter un administrateur du dispositif et définir ses missions	Comité de pilotage	T2
4 Mise en œuvre du dispositif d'alerte et d'intervention	Comité de pilotage	T2
5 Communiquer auprès des professionnels sur l'existence du dispositif (mesure 4)	Comité de pilotage	T2
6 Former des « sentinelles » dans les services en capacité de détecter des situations de souffrance et alerter la cellule d'intervention	Comité de pilotage	2019
7 Déploiement de l'axe prévention du dispositif d'alerte.	Comité de pilotage Département médecine et santé au travail	2019

Mesure 4 - Garantir la visibilité du dispositif et son appropriation par l'ensemble des professionnels

Pour que le dispositif soit efficace, il doit être connu et compris de tous, que chacun sache comment il fonctionne sur les principes de saisine et les différents canaux d'alerte à leur disposition. Il est aussi indispensable que les personnels puissent faire la différence entre les différentes modalités de traitement des situations difficiles (médiation, soutien psychologique, coaching, etc.)

Actions	Responsables	Échéance
1 Définir les modalités de communication autour du lancement du dispositif auprès de l'ensemble de l'établissement	Comité de pilotage	T2
2 Construire un kit « dispositif d'alerte » comprenant la présentation du dispositif, des canaux d'alerte, de la cellule d'intervention et des modalités de prise en charge.	Comité de pilotage Direction de la communication	T4
3 Rendre accessible et visible pour tous le kit QVT (espace dédié sur l'intranet, information dans les services, mise à disposition d'exemplaire du kit dans les services, distribution dans les fiches de paye).	Comité de pilotage Direction de la communication	T4

Mesure 5- Identifier les médiateurs internes et externes et valoriser leur rôle de prévention et gestion des situations sensibles

	Actions	Responsables	Échéance
1	Structurer l'action des médiateurs internes et externes	DG, CME, UFR (UGA pour les personnels U)	T4
2	Identifier des axes de règlement des litiges par la médiation et hors du dispositif d'alerte.	DG, CME, UFR (UGA pour les personnels U)	T4

INDICATEURS :

Afin de mesurer l'efficacité du dispositif, les indicateurs suivants seront mis en place et/ou suivis par le Comité pilote :

- **Nombre de signalements** par typologie de situation
- Les **items suivants qui pourraient être présents dans le baromètre QVT** :
 - « *Il y a une bonne ambiance dans mon service.* »
 - « *Mon niveau de stress est acceptable.* »
 - « *Je m'épanouis dans mon travail.* »
- **Formulaire d'appréciation de la prise en charge du signalement** (pour soi ou pour quelqu'un d'autre) au bout de 6 mois
 - « *Avez-vous l'impression que le signalement a permis d'améliorer la situation ?* »
 - « *Si oui, comment ?* »

Mesure 6 - Renforcer les espaces d'écoute pour les professionnels

Depuis 2009, les groupes d'analyse des pratiques professionnelles relationnelles (APPR) se sont mis en place et se développent au CHUGA. Ces groupes sont toujours animés par un intervenant extérieur, psychanalyste.

Ils visent à permettre aux professionnels volontaires, au sein d'une équipe de soins qui le souhaite, de créer un nouvel espace de parole et de réflexion. Ceux-ci peuvent ainsi trouver une meilleure perception du sens de leurs actions quotidiennes, de se sentir mieux dans leur travail lors des situations difficiles ou à la suite d'un évènement indésirable grave. Ce travail peut aussi favoriser l'expression, la communication, en cas de conflit d'équipe ou de conflit interpersonnel.

Un suivi des groupes et une évaluation annuelle de l'action sont établis afin de permettre les ajustements nécessaires.

	Actions	Responsables	Échéance
1	Augmenter le nombre de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.	Formation Continue pour personnel non médical, A. Amar, Dr Baro	T2
2	Ouvrir les groupes d'analyse des pratiques professionnelles au personnel médical.	DAM via commission DPC, Dr Baro	T2

1.3 Axe 3 : Améliorer la communication verticale et horizontale au sein de l'établissement

OBJECTIF :

Restaurer de façon plus formelle les espaces déjà existants (réunion de service, conseils de pôle) tout en institutionnalisant des espaces et outils de communication nécessaires à l'animation des équipes, à la remontée des informations du terrain et à l'appropriation par tous des orientations stratégiques de l'établissement.

MESURES :

Mesure 7 - Développer la communication horizontale

	Actions	Responsables	Échéance
1	Mettre en place des réunions de service au moins quatre fois par an avec définition d'un ordre du jour en amont et production d'un compte rendu visible par tout le service	Chefs de service Cadres	T2
2	Réfléchir à des modalités d'évaluation de la circulation de l'information au sein des services (tenue des réunions, CR...)	UQEM en lien avec les responsables de service	T3
3	Institutionnaliser des supports de communication par pôle.	Chefs de service – cadres, chefs de pôle – cadres sup – directeurs référents, Direction de la communication	T2
4	Systématiser la réalisation de 2 AG de pôles par an dont une avec la Gouvernance du CHUGA	Chefs de pôles, directeurs référents, Gouvernance	T2

Mesure 8- Développer la communication verticale

	Actions	Responsables	Échéance
1	Réaliser des communiqués internes pour tous nouveaux projets stratégiques et pour informer l'ensemble du personnel hospitalier de l'état d'avancement des projets en cours.	Direction de la communication	T1
2	Mise en place d'un plan de communication sur l'ensemble des projets existants comprenant <ul style="list-style-type: none"> • Un affichage auprès des personnels sur l'ensemble du terrain • La diffusion de communiqués • La diffusion de vidéos (interviews des porteurs de projet) sur le compte twitter 	Direction de la communication	T4

INDICATEURS :

Afin de mesurer l'efficacité de ces mesures, **trois items du baromètre QVT** pourront être suivis :

- « *L'information circule efficacement au sein du CHUGA* »
- « *Je me sens suffisamment informée des orientations stratégiques du CHUGA* »
- « *Je connais et je comprends le projet d'établissement* »

1.4 Axe 4 : Concilier un management humain et un pilotage efficace, tout en donnant aux responsables les moyens de le faire

OBJECTIF :

Définir et mettre en œuvre une vision commune du management basée sur des valeurs partagées par l'ensemble des personnels.

MESURES :

Mesure 9 – Réviser et faire connaître le règlement intérieur en y intégrant une charte relationnelle ainsi que les bonnes pratiques d'utilisation des mails et outils informatiques

	Actions	Responsables	Échéance
1	Réviser le règlement intérieur en y intégrant une charte relationnelle ainsi que les bonnes pratiques informatiques (utilisation des mails et des outils informatiques)	Direction, CME, UFR, CTE, CHSCT, DSI, partenaires sociaux	T2
2	Validation de cette charte aux instances	Direction	T3
3	Communication et appropriation par le personnel	Direction de la communication	T4
4	Evaluer le respect de ces principes dans le cadre du baromètre social	Commission QVT	T4

Mesure 10 - Définir un référentiel de management sur la base de cette charte (expression des attentes et identification des compétences nécessaires) et évaluer son application

Les savoir-faire et savoir-être attendus des responsables en matière d'animation d'équipes et de pilotage de projets doivent être clairement définis dans un référentiel de management partagé par tous. Ce référentiel signé par chaque responsable exerçant des responsabilités de management dans l'établissement (charte managériale) servira de grille d'évaluation des candidatures aux postes d'encadrement d'équipes et de base pour la définition d'objectifs managériaux. Les responsables seront accompagnés dans le développement des compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

	Actions	Responsables	Échéance
1	Définir et rendre visible le référentiel	Direction, CME, UFR, CHSCT, partenaires sociaux	T2
2	Réfléchir aux modalités d'évaluation du respect de ce référentiel	Direction, CME, UFR, CHSCT, partenaires sociaux	T3

Mesure 11 - Adapter les programmes de formation aux chefs de service, chefs de pôle, cadres et cadres supérieurs en accord avec ce référentiel

	Actions	Responsables	Échéance
1	Adapter les programmes de formation au management. Prévoir des temps de formation(ou séminaires) communs aux responsables médicaux et paramédicaux	CME, UFR, Direction, CHSCT, CTE	T2
2	Définir les modalités de déploiement du dispositif de formation à l'ensemble des personnels concernés	CME, UFR, Direction, CHSCT, CTE	T3

Recommandation d'éléments clés de la charte et compétences associés :

Charte relationnelle

- La coopération est le socle d'un fonctionnement collectif efficace. On se doit de demander de l'aide quand ça ne va pas et d'apporter de l'aide quand on nous le demande.
- L'autonomie de l'ensemble des personnels hospitaliers est une richesse. Elle repose sur la capacité du management à poser un cadre et à valoriser la confiance entre les individus permettant d'évoluer au sein de ce cadre.
- Le développement des compétences et la projection professionnelle de chacun sont au cœur de l'engagement individuel et collectif.
- L'approche orientée solution est un comportement essentiel pour rendre le travail collectif efficace.
- Le conflit peut être source d'innovation quand il est bien géré.
- Nous sommes collectivement responsables du bien-être individuel, et nous sommes individuellement responsables de l'efficacité collective.

Compétences associées :

- Favoriser la réciprocité : savoir demander, donner, recevoir et rendre.
- Déléguer et négocier un mandat.
- Faire des retours sur les aspects positifs et négatifs, et accompagner la montée en compétence.
- Promouvoir la réactivité dans son équipe et mener des réunions efficaces.
- Faciliter la résolution de problèmes au sein de ses équipes.
- Détecter les signaux faibles de la souffrance au travail et agir à bon escient.

INDICATEURS :

Afin de mesurer l'efficacité de ces mesures, les indicateurs suivants seront mis en place et suivis :

- Le **taux de formation** des responsables (médicaux et non médicaux) au management
- Les items suivants proposés pour le **baromètre QVT** :
 - « *Au sein de mon équipe, les réunions sont structurées et efficaces* »
 - « *Mon responsable reconnaît l'implication des collaborateurs et leurs succès* »
 - « *Mon responsable cherche à résoudre les conflits avant qu'ils ne s'enveniment* »
 - « *Je me sens entendu par mon responsable* »

1.5 Axe 5 : Clarifier les périmètres d'action des différentes entités de gouvernance

OBJECTIF :

Redonner une marge de manœuvre aux différentes entités de gouvernance et assurer une continuité dans le pilotage opérationnel du CHUGA indépendamment des changements organisationnels (conditions indispensables pour rétablir la confiance des hospitaliers en leur institution de gouvernance).

MESURES :

Mesure 12 – Faire évoluer les modalités de pilotage stratégique et opérationnel

	Actions	Responsables	Échéance
1	Systematiser le point sur les projets recherche/ Qualité/ QVT-RH en plus de l'activité lors des réunions DG/ CME/ Pôle et conformément au contrat de pôle.	Direction, CME	T 3
2	Faire évoluer les modalités d'instruction des fiches projets : <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie du pôle/ procédure allégée en fonction de seuils • Créer un outil permettant aux chefs de service/ cadre/ équipe de pôle/ DR de savoir où en sont les fiches projets 	Direction	T 3
3	Définir les modalités d'association des chefs de pôle aux décisions du directoire.	Direction/ CME/ UFR	T 2
4	Donner de la visibilité et communiquer sur le fonctionnement des fonctions support (interlocuteurs identifiés, procédures connues...)	Direction	T 4
5	Mise en place de contrats entre la Gouvernance et les fonctions support avec des indicateurs de performance : délais de réponse...	Direction	T 4

Mesure 13 - Clarifier les mandats et délégations des chefs de pôle, chefs de service, directeurs référents, cadres supérieurs et cadres

Un mandat clair repose sur trois éléments : le niveau de **flexibilité** (marge de manœuvre), le degré d'**autonomie** (distance entre mandant et mandataire, ou niveau de délégation) et l'**autorité** (capacité d'engagement). Ainsi, afin de permettre aux chefs de pôle, de service, cadres et cadres supérieurs d'exercer pleinement leurs responsabilités dans le cadre d'un mandat clair et partagé, les actions suivantes seront réalisées :

	Actions	Responsables	Échéance
1	Systematiser la formalisation par écrit des missions, périmètres et champs de compétence et de décision pour chacun de ces rôles : chefs de pôles, chefs de services, cadres, cadres supérieurs, directeur référent et cadre administratif de pôle, contrôleur de gestion.	Direction, CME, équipes de pôle	T 3
2	Communiquer et rendre visibles les différents mandats (délégation proposée en action 1) par écrit et auprès de l'ensemble du personnel.	Direction de la communication	T 4
3	Réinterroger les règles de délégation de gestion et d'évaluation de cette délégation	Direction générale / CME	T 4

- Indicateur spécifique sous forme de question proposée dans le baromètre QVT:
 - « Je sais qui prend les décisions sur les différents aspects qui impactent mes conditions de travail »

Mesure 14 - Créer une instance de coordination entre le CHUGA et l'Université sur la stratégie

L'objet de ce comité est d'améliorer la coordination entre le CHU et l'UGA sur les orientations stratégiques en matière de soins, d'enseignement et de recherche.

	Actions	Responsables	Échéance
1	Valider la mise en place d'un comité stratégique sur les orientations soins, enseignement, recherche et les axes de coopération avec l'Université	Direction générale, Présidence CME, UFR, Université	T2
2	Définir sa composition	Direction générale, CME, Université	T2
3	Définir son mandat (périmètres de responsabilités et délégations) vis-à-vis de la CME, du Directoire, de l'UFR et de la Direction Générale du CHU et établir ses modalités de fonctionnement.	Direction générale, CME, Université	T2
4	Communiquer et rendre visible sa composition et son mandat par écrit et auprès des différentes instances.	Direction de la communication	T2

Mesure 15 - Réformer le fonctionnement de la CME

Les réflexions des médecins font état d'un besoin de reformer les modalités de fonctionnement de la CME. Cette réforme pilotée par le bureau de la CME est en cours de réalisation et repose sur les actions suivantes :

	Actions	Responsables	Échéance
1	Revoir l'ordre du jour de la CME en donnant une priorité au médical <ul style="list-style-type: none"> • Démarrer par une séance restreinte au corps médical • Présenter les projets médicaux polaires et de service • Auditionner (le cas échéant) des candidats PH et PHC 	CME	T1
2	Réaliser une fois par trimestre une assemblée générale du corps médical et pharmaceutique, et de rencontres avec les AG de pôles.	CME	T2
3	Réaliser au moins une fois par an une enquête auprès du corps médical et pharmaceutique pour faire remonter les difficultés rencontrées liées à l'activité professionnelle.	CME	Prochaine en février 2019

- Indicateur spécifique sous forme de question proposée dans le baromètre QVT (volet médical):
 - « Je fais confiance à la CME »

Mesure 16 – Permettre le recours à une consultation du corps médical pour fonder la proposition du PCME et du doyen sur la nomination des chefs de pôles et des chefs de service

	Actions	Responsables	Échéance
1	Définir les prérequis pour se porter candidat pour être chef de pôle ou chef de service (compétences, programme, parcours) en accord avec le mandat des différentes fonctions (cf. mesure 13).	CME	T2
2	Définir les modalités de consultation (électronique, papier, un tour, deux tours, majorité absolue, quotient, etc.)	CME	T2
3	Communiquer et rendre visible les modalités de consultation par écrit et auprès des parties prenantes concernées.	CME – direction de la communication	T3

INDICATEURS

Afin de mesurer dans le temps l'impact de ces différentes mesures, l'ensemble des hospitaliers sera invité une fois par an à répondre aux questions suivantes proposées pour le **baromètre QVT**.

- « Je comprends l'utilité de chacune des instances de gouvernance du CHUGA »

1.6 Axe 6 : Intégrer, fidéliser et engager l'ensemble des hospitaliers

OBJECTIF :

Harmoniser les pratiques RH au sein de l'établissement et valoriser les agents.

MESURES :

Mesure 17 - Rendre transparents les recrutements et mobilités par la contractualisation du besoin par rapport au projet de service

	Actions	Responsables	Échéance
1	Définir le besoin et la contribution du nouvel arrivant au projet de service.	DRH/ DSSP / DAM CME/ UFR/ chefs de service / Chefs de pôle / DAM	T2
2	Communiquer sur le besoin, les attentes et l'apport du nouvel arrivant à l'ensemble de l'équipe à minima une semaine avant son arrivée.	Chef de service Cadre du service	Dès que nécessaire
3	Rendre visibles et accessibles à tous les postes à pouvoir et les fiches de poste respectives au sein de l'établissement.	DRH	T4
4	Centraliser l'ensemble des demandes de mobilité de toutes les catégories de personnel dans une plateforme informatique dédiée.	DRH	T4

Le CHU mène par ailleurs une politique en faveur du maintien et retour à l'emploi des personnels partiellement inaptes ou en voie d'inaptitude pour raison de santé, dont la mise en œuvre en termes de recherche d'aménagements de poste, de solutions d'affectation, d'accompagnement individuel et de formation est concertée mensuellement au sein d'un Comité Interprofessionnel de Reclassement Professionnel réunissant DRH, Direction des soins et équipe pluridisciplinaire de Santé au travail. Cette action est saluée, sa mise en œuvre sera poursuivie.

Mesure 18 - Formaliser et rendre visibles les perspectives d'évolution

Rendre la GPEC plus visible :

- Pour le PNM un travail doit être mené avec la DRH pour établir les perspectives d'évolution des personnels non médicaux à un an et 5 ans.
- Pour le PM un travail doit être mené avec la CME pour établir les perspectives d'évolution des personnels médicaux à un an et 5 ans pour toutes les fonctions et spécialités.

Responsables :

- DRH et DSSP pour les personnels non médicaux
- CME, UFR et DAM pour les personnels médicaux

Echéance : 2019

Mesure 19 - Redéfinir les entretiens annuels et les étendre à l'ensemble du personnel (personnel médical, étudiants et internes) afin qu'ils deviennent des véritables moments d'échange privilégié entre les agents et leurs responsables.

Pour le personnel médical, il s'agira d'un entretien de développement professionnel qui est peu usité. Ces entretiens doivent être un temps pendant lequel se développent dans l'institution des signes de reconnaissance.

- Un temps de retour du responsable au professionnel ;
- Un temps d'échange sur le quotidien ;
- Un temps d'expression de besoins et aspirations professionnelles ;
- Un temps de retour du professionnel au responsable.
- Un temps d'information du responsable au professionnel sur les projets du service, du pôle et de l'établissement

Mesure 20 - Systématiser le parcours d'intégration et la journée d'accueil qui existe déjà pour certains personnels, avec remise du pack de bienvenue à tous les nouveaux arrivants. Adopter un mode de tutorat spécifique pour les arrivants externes à l'institution.

INDICATEURS :

Afin de mesurer l'impact de ces mesures, trois indicateurs seront mis en place et suivis :

- Taux de mobilité choisie des agents
- Nombre de demandes de formation (accordées et pas accordées)
- Les items suivants du baromètre QVT :
 - « *L'entretien annuel est utile* »
 - « *Je connais mes perspectives d'évolution au sein du CHUGA* »

2 Les mesures opérationnelles

Les consultations qui ont été menées auprès du terrain ont permis de mettre en lumière différents dysfonctionnements ou manques opérationnels qui parasitent l'activité professionnelle. Ces irritants du quotidien participent de la dégradation des conditions de travail et attisent les difficultés relationnelles.

Nous avons pris connaissance de l'ensemble des demandes du terrain et mettrons en œuvre tous les moyens possibles pour y répondre. Nous nous engageons également à prioriser l'étude de certaines problématiques rencontrées par les professionnels.

La gestion des irritants du quotidien sera traitée au travers trois chantiers opérationnels prioritaires :

2.1 Chantier 1 : Prévenir les ruptures d'approvisionnement

OBJECTIF :

Fluidifier la procédure d'approvisionnement et formaliser des procédures adaptées aux situations exceptionnelles. Quatre mesures se complètent pour atteindre cet objectif.

Mesure 1 : identifier les prérequis pour garantir les niveaux d'approvisionnement

	Actions	Responsables	Échéance
1	Anticiper le changement des références et le changement de marché au niveau des stocks (travailler sur un outil de communication pour systématiser la démarche)	PAEL	Juin
2	Identifier les produits critiques et négocier un contrat d'approvisionnement avec les fournisseurs (avec engagements sur les volumes et la disponibilité du stock)	PAEL	A partir de mars
3	Faire appliquer les pénalités aux fournisseurs défaillants (1) et en négocier les taux dans le cadre spécifique de marchés locaux (2)	PAEL et cellule de marchés	1 à partir de mars 2 dès à présent dans le cadre des nouvelles procédures

Mesures 2 : Fluidifier le parcours d'approvisionnement

	Actions	Responsables	Échéance
1	Identifier les difficultés au cours de la procédure d'approvisionnement essentiellement liées aux ruptures fournisseurs et formaliser les pratiques de commande par périmètre.	PAEL	Fin avril
2	Etablir un mode opératoire en fonction des difficultés rencontrés se déclinant au niveau des services, de la pharmacie, de la logistique et de la cellule des marchés et du biomédical.	PAEL	Septembre
3	Accompagner les cadres au passage et la gestion des commandes (ex suivi de consommation)	PAEL	Depuis janvier
4	Mettre en œuvre les axes d'amélioration	PAEL	Depuis janvier
5	Evaluation des mesures correctrices.	PAEL	Tout au long de l'année

Indicateurs

Afin de mesurer l'impact de cette mesure, deux indicateurs seront mis en place et suivis :

- Le délai de livraison selon le matériel commandé ;
- Un questionnaire de satisfaction aux cadres sur le circuit d'approvisionnement en septembre 2018

Mesures 3 : Poursuivre le déploiement du plein-vide dans les services (avec aide de l'ARS)

	Actions	Responsables	Échéance
1	Identifier les services non équipés en « plein-vide » et à fort flux de commande et définir un plan de déploiement 2018 (réserves DAE)	PAEL	Février
2	Définir un plan de déploiement 2019-2020 (réserves DMS/solutés).	PAEL	Septembre
3	Continuer le déploiement du plein vide et la formation du personnel aux nouvelles pratiques.	PAEL	Jusqu'à 2020

Indicateurs

Afin de mesurer de déploiement de cette mesure, deux indicateurs seront suivis :

- Le taux de services équipés plein vide par famille de produits
- Le taux de services à « fort flux » (NPT, BO) équipés plein vide

Mesure 4 : Formalisation d'une procédure d'urgence de commande de matériel

	Actions	Responsables	Échéance
1	Recenser et travailler les vraies situations d'urgence, leur fréquence et le matériel concerné stock ou hors stock	PAEL	Septembre
2	Formaliser un circuit d'approvisionnement en cas d'urgence.	PAEL	Mars
3	Communiquer auprès des cadres sur ce circuit	PAEL	Avril
4	Communiquer au personnel via Qualnet et proposer une formation e-learning	PAEL	Juin

Indicateurs

Afin de mesurer le bon usage de cette procédure et le matériel « à risque », trois indicateurs seront suivis :

- Le nombre de commande d'urgence / mois
- Le nombre de commande d'urgence / mois / service
- Le matériel concerné par ces commandes d'urgence

2.2 Chantier 2 : améliorer les dispositifs de remplacement de l'absentéisme

	Actions	Responsables	Échéance
1	Evaluation des volumes adaptés pour le renforcement du pool IDE / AS en fonction des heures supplémentaires déjà payées	Direction générale, DRH, Direction des soins	T2
2	Réflexion sur la création de pools dédiés, notamment : - Gériatrie et soins spécifiques (réanimation et pédiatrie / horaires dérogoatoires) - Secrétaires médicales	Direction générale, DRH, Direction des soins	T3
3	Définir des règles concernant le rappel des personnels et les faire connaître	Direction des soins/ DRH/ CTE/ CHSCT / CTE	T3

2.3 Chantier 3 : Adapter l'aval des Urgences pour remédier à la désorganisation de la gestion des lits

Objectif :

L'augmentation de la capacité d'accueil dans l'unité post urgence permet de limiter les risques de désorganisation des services du CHUGA accueillant ces patients et de fluidifier le parcours des patients aux urgences.

	Actions	Responsables	Échéance
1	Augmentation de capacité UPU 24 lits toute l'année	UPU, Direction, CME Directoire	T1
2	Travail sur la filiarisation – UPU / Spécialités et sur l'adaptation aux flux aléatoires (unité supplémentaire)	CME (commission des admissions non programmées), UPU, SAU	T3
3	Instruire les propositions du pôle CE concernant l'amélioration de la prise en charge des Urgences pédiatriques et des jeunes patients de pédopsychiatrie	Pôle CE, Direction, CME	T3
4	Développer les Maisons Médicales : - Maison médicale de garde - Maisons médicales universitaires	DG/ CME/ UFR	T2 T3
5	Instruction du projet de centre de commande regroupant les dispositifs de pilotage des capacités d'hospitalisation et de sortie	Direction/ CME/ représentants des services	T4

SECONDE PARTIE : INVESTISSEMENTS POUR L'AVENIR, GARANTIR LA LISIBILITE ET LA TRAÇABILITE DES PROJETS DE L'ETABLISSEMENT SUR LE LONG TERME

1. Assurer des conditions de travail dans un environnement adapté

1.1 Garantir la rénovation de l'outil de travail : locaux et équipements

Le CHU Grenoble-Alpes est un Centre Hospitalier Universitaire dont l'activité est répartir sur trois sites principaux :

- le site le plus important en taille est un IGH (immeuble de grande hauteur) datant des années soixante-dix, l'Hôpital Michallon ;
- le site de l'hôpital Couple-Enfant (ouverture de l'hôpital couple enfant en 2009 et 2011) à 500m ;
- le site Sud sur la commune d'Echirolles datant des Jeux Olympiques et comprenant les activités de chirurgie orthopédiques, SSR, hébergement.

L'hôpital Michallon IGH date des années soixante-dix, il n'a jamais bénéficié de rénovation majeure. Le bâtiment souffre d'une très grande vétusté qui participe en grande partie à un sentiment de mauvaise qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels du CHU, en particulier soignants lié aux conditions d'hébergement extrêmement dégradées. La très grande majorité des chambres sont des chambres doubles ne permettant pas de répondre aux exigences de confidentialité voir souvent aux besoins d'hygiène. La plupart des services ne comportent pas de douches dans les chambres mais par aile d'hospitalisation.

En 2016 le début des grands travaux de rénovation du site Michallon, site principal du CHU, n'ayant pas encore fait l'objet de rénovation majeure, ont été lancés mais avec un retard très conséquent par rapport aux premières études (datant de la fin des années 90). Le CHU Grenoble-Alpes se retrouve être la dernière grande structure régionale (IGH des années 70) non rénovée, et face à des centres hospitaliers généraux entièrement reconstruits à neuf ces dernières années. Ceci se traduit en termes d'attractivité pour les usagers mais aussi pour les professionnels de santé.

Le COPERMO a validé le dossier de rénovation d'une partie de Michallon selon trois opérations :

- la construction d'un Nouveau Plateau technique (60M€). L'opération a démarré en 2016. Le NPT a vocation à accueillir les unités de soins critiques, les urgences et une hélistation en toiture.
- La rénovation des blocs opératoire in situ au sein de l'Hôpital Michallon (40 M€). Les marchés ont été attribués, l'opération sera lancée au printemps.
- Le démarrage de la rénovation de l'Hôpital Michallon en lui-même.
- Le dossier COPERMO ne prévoit qu'une petite partie de la rénovation.

Le CHU se trouve face à un double problème de financement des investissements de travaux :

- L'opération de rénovation en site occupé est très coûteuse en opérations connexes obligatoires. Le dossier validé ne prévoyait pas, faute de financement, le financement des opérations de relocalisations temporaires d'unités. La réalisation de ces opérations vient donc amputer d'autant le budget de travaux courants du CHU et accroît de ce fait la vétusté du reste du site.
- L'opération COPERMO ne prévoit que le démarrage de la rénovation de Michallon. La rénovation des étages d'hospitalisation n'est à ce jour pas financée. Or elle est indispensable pour permettre des conditions minimales d'accueil des patients et de travail des personnels.

Le CHU Grenoble-Alpes souhaite pouvoir accélérer la rénovation de l'hôpital Michallon et bénéficier rapidement d'une aide nationale dans le cadre d'une deuxième étape de processus COPERMO soutenable lui permettant de se remettre à niveau en termes d'installation hôtelières sans laisser trainer un chantier de rénovation sur plus de 10 ans qui serait extrêmement préjudiciable à l'accueil des patients et aux conditions de travail des personnels.

En outre, le taux de vétusté des équipements est très important. La capacité d'autofinancement ne permet pas d'assurer à la fois le financement des travaux nécessaires et celui des équipements lui permettant de se maintenir à un niveau d'excellence.

L'ARS avait évoqué la possibilité de débloquer une aide de 11M€ sur 2 ans, en 2017, 3M€ ont été accordés. L'établissement sollicite la poursuite de l'accompagnement exceptionnel à hauteur de 8M€ en 2018.

Le CHU doit également définir une stratégie numérique et robotique afin d'améliorer les conditions de travail et de rendre du temps aux soignants.

1.2 Répondre à la situation exceptionnelle du CHU par des mesures exceptionnelles pour préserver l'avenir

Le CHU Grenoble Alpes a traversé une période de crise violente qui a heurté le personnel. Deux mesures d'accompagnement pourraient être prises : l'écrêtement des compteurs de temps (heures supplémentaires) et l'accompagnement financier des mesures prévues dans le plan d'action.

- **Ecrêtement des compteurs de temps**

Il est considéré au terme des concertations conduites dans le cadre du plan d'actions que les soldes positifs trop importants des compteurs de temps peuvent représenter un élément de stress au travail dans la mesure où ils entretiennent pour l'agent le sentiment qu'il ne pourra jamais bénéficier de son temps de travail supplémentaire, sinon à trop long terme.

Cela justifie la mise en place d'un dispositif d'écrêtement annuel des soldes des compteurs de temps, d'une part fondé sur une gestion plus rigoureuse des congés non pris et des versements au CET et d'autre part garantissant au moins une indemnisation du temps au-delà d'un seuil à définir.

Cette mesure est estimée à 1,1 M€

- **Accompagnement du plan d'actions**

Cette mesure est estimée à environ 600 K€ :

- 100 K€ d'accompagnement extérieur de l'établissement demandé par le rapport du Médiateur National (accompagnement général + réanimation médicale)
- Estimation de 500 K€ de diverses mesures d'accompagnement du plan d'actions (renforcement des actions de communication, développement d'actions de formation spécifiques en plus du budget habituel consacré à la formation, actions d'accompagnement extérieur ponctuel pour des services en difficulté)

2. Participer aux réflexions nationales sur l'innovation

2.1 Créer un IHU permettant d'expérimenter la médecine de trajectoire dans la prise en charge des maladies chroniques

L'explosion des maladies chroniques et du vieillissement, la dynamique de croissance exponentielle de la médecine connectée, de la médecine 4P n'est pas soutenable dans le mode d'organisation actuelle du système de santé et des CHU.

Dans la crise que traverse le CHU Grenoble Alpes le sentiment de ne pouvoir faire face à ces enjeux sans compromettre gravement le sentiment de QVT apparaît pour beaucoup. Les files actives de patients chroniques progressent de façon exponentielle, les modalités de prise en charge se transforment du fait des innovations et les organisations hospitalières actuelles répondent mal à ces nouveaux enjeux.

Parallèlement, le mode de tarification n'a pas évolué, il n'est pas adapté à ces nouvelles modalités de prise en charge et l'insuffisance de financement rend difficile la création des moyens adaptés.

Le sentiment d'accélération du travail, d'absence de déconnexion est très fortement ressenti chez les professionnels médicaux.

Le CHU Grenoble Alpes a déposé en décembre 2017 avec l'Université et l'INSERM un projet d'Institut Hospitalo-universitaire autour de la médecine de trajectoire pour les maladies chroniques permettant de répondre à la nécessaire organisation future de rupture.

Intitulé « ma trajectoire de santé : pour une médecine du futur » (My Way to Health: hanging the face of Medicine), le projet propose de tester la médecine de trajectoire sur deux types de pathologies : l'apnée du sommeil et le diabète de type 1. Il permet d'expérimenter à la fois de nouvelles modalités de prise en charge des maladies chroniques et les modalités de financement associées.

2.2 Faire évoluer le modèle de financement de l'investissement des CHU

Le CHU Grenoble Alpes a subi successivement un processus CREF puis COPERMO. Cette séquence met en évidence l'incapacité du système actuel à investir pour l'avenir. La rénovation du financement de l'investissement constitue la principale urgence de refondation du financement des établissements publics de santé et en particulier des CHU. En effet les CHU ne peuvent supporter dans ce système actuel les investissements colossaux en termes de rénovation, de construction et d'évolutions des plateaux médico-techniques et des équipements innovants ou de recours. Le processus COPERMO ne prend pas en compte les spécificités des CHU, il doit urgemment être réformé.

Les investissements majeurs des CHU doivent bénéficier d'un dispositif de financement spécifique pour les investissements majeurs reposant sur un fonds d'investissement dédié au secteur hospitalier public s'appuyant sur une politique de financement préférentiellement adossée à des subventions en capital et non sur l'endettement des hôpitaux conditionné et à un taux de marge.

Il faut par ailleurs définir des modalités de contribution à l'investissement des secteurs ne contribuant pas aux ressources d'investissement des établissements hospitaliers : secteurs sous dotation (DAF, MIG, forfaits) et régimes complémentaires.

2.3 Rééquilibrer les rôles des pôles et des services

Les pôles hospitalo-universitaires ont été créés en 2005 dans le cadre de la réforme de la Nouvelle Gouvernance renforcée par la loi HPST en 2009. La création des pôles répondait à un double objectif :

- Un objectif stratégique, la structuration en pôles devait permettre de renforcer la lisibilité des activités majeures et du projet médical
- Un objectif d'amélioration du pilotage médico-économique : le regroupement des données d'activité et de pilotage par pôle ainsi que la création des équipes de pôles (responsable médical, cadre supérieur, directeur référent, cadre administratif et/ ou contrôleur de gestion) devait permettre de faciliter l'analyse des données, le dialogue et la mise en œuvre d'actions sur les aspects médico-économiques.

En pratique, la concertation menée à Grenoble a confirmé l'idée selon laquelle la mise en œuvre de la structuration en pôles a éloigné les équipes de la gouvernance et rendu finalement plus difficile la circulation de l'information dans les deux sens.

La structuration en pôles apporte des points forts. Elle donne notamment de la lisibilité à l'organisation, en particulier en termes de stratégie médicale et d'activités. Pour autant, elle doit paradoxalement être accompagnée d'un renforcement des services hospitalo-universitaires. En effet, le service apparaît comme un échelon indispensable pour la vie de l'équipe et la gouvernance de l'établissement.

Depuis 2017, le CHU Grenoble Alpes renforce les services hospitalo-universitaires. Conformément à la loi de santé la commission médicale d'établissement a voté un texte de référence sur la structuration médicale en pôles, services et unités fonctionnelles. Les services sont clairement définis comme l'unité d'identification des personnels, le lieu d'animation de l'équipe soignante et médicale ainsi que l'unité d'identification du soin par les patients. Il poursuivra ce travail dans le cadre du plan d'actions QVT.

La problématique de l'équilibre et de la répartition des compétences entre les services et les pôles après près de quinze ans de mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance » et près de dix ans de la loi HPST, nous paraît être un sujet national. Le CHU Grenoble Alpes souhaite poursuivre le travail de clarification des missions et champs de compétences entre les différents échelons et responsables. Il lui semble que le sujet est national et il se propose de contribuer à la réflexion sur ce sujet.

3. Projets Hospitalo-Universitaires :

3.1 Porter le CHUGA candidat site pilote pour la rénovation des statuts médicaux hospitalo-universitaires et hospitaliers en CHU

Dans son rapport de décembre 2017 sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale, la Cour des Comptes adresse de façon aigüe la question des personnels médicaux hospitalo-universitaires soumis à des exigences croissantes pour chacune de leurs missions (p16 du rapport). Cette question a fait l'objet de nombreux rapports et missions et fait partie de l'équation de la refondation du modèle des CHU évoqué par la lettre de mission des deux ministres de tutelle aux 6 conférences représentatives.

Cette question de la soutenabilité des statuts actuels et des trois missions se pose de façon stratégique dans les CHU de taille intermédiaire et pose par ricochet la question du statut ou des missions des praticiens hospitaliers en CHU (rapport cour des comptes p119)

Les constats et propositions sont présentés dans la synthèse suivante et détaillés en annexe :

- **Des missions mal définies**
 - L'activité des personnels concourant réellement à l'enseignement est mal identifiée : le temps d'enseignement clinique des personnels hospitalo-universitaires n'est pas mesuré et celui des praticiens hospitaliers n'est qu'estimé, faute de reconnaissance statutaire de cette activité.
 - Si les praticiens hospitaliers ne font pas partie statutairement des personnels « enseignants et hospitaliers » des CHU, le code de la santé publique les associe à l'ensemble des missions des établissements de santé, y compris à l'enseignement et à la recherche.
- **Attractivité et frein pour la carrière HU**
 - L'absence de prise en compte du temps recherche et enseignement dans les tableaux de service, faire la recherche et les publications la nuit et les week-ends est une source d'épuisement.
 - L'augmentation de la charge de travail pour le soin au détriment des autres missions, est très accentuée depuis la mise en place de la T2A
 - le double cursus universitaire actuel forme des médecins chercheurs d'excellence en collaboration avec les structures de recherche biomédicale, alors même que la mission principale qui leur incombera après la nomination restera une mission de soins, y compris de recours médico-chirurgical pour le reste de l'équipe.
 - Il n'existe pas de double cursus identifié pour une formation des médecins au management ni à la gestion hospitalière
 - Le statut HU actuel ne présente pas les souplesses nécessaires à l'équilibre vie professionnelle vie privée (repos de sécurité, congés parental, temps partiel, congés, RTT, congés maladie, retraite), et accroît le déséquilibre entre le HU et les H au sein des mêmes équipes.
- **Les limites de la carrière de praticien hospitalier en CHU et les sources de démotivation**
 - L'absence de reconnaissance institutionnelle d'une mission d'enseignement quotidienne auprès des étudiants en santé.
 - L'absence d'évolution organisée de la carrière des PH génère frustration ou fuite de l'expertise vers d'autres structures de soins.
 - Le partage historiquement compliqué des missions de management de l'activité de soins avec un paradoxe : un employeur différent pour les H et les HU

Le constat est partagé des difficultés à construire une carrière hospitalière et ou universitaire avec un investissement constant sur le court, moyen et long terme. Se pose la question d'envisager un changement du cursus (modification des statuts H et HU) ou /et une organisation d'équipe hospitalo-universitaire par une contractualisation individuelle pour une meilleure réalisation des quatre missions du CHU.

La notion de contractualisation est largement évoquée par le rapport de la cour des comptes de janvier 2018. Il pourrait ainsi être envisagé que chaque praticien contractualise avec le doyen et le chef de service (et CME) son temps de travail entre soins, enseignement et recherche.

Enfin, les revendications actuelles des 2 principaux corps de métier H et HU convergent vers la nécessité d'un statut de tous les médecins du CHU avec une organisation du temps de travail correspondant à celui des PH (congés, retraite, maternité).

Celui-ci présenterait plusieurs types d'avantages notamment la gestion d'une équipe ayant le même employeur et les mêmes contrats et le fait de sécuriser les jeunes médecins dans leur équipe et dans leur expertise de soins durant les premières années d'exercice.

3.2 Formuler des propositions pour la formation initiale des professionnels médicaux

Certaines particularités du travail hospitalier indispensables au bon fonctionnement des établissements : nécessité du travail en équipe, multidisciplinarité, gestions de situations stressantes (crises sanitaires, précarité, conflit...), déontologie professionnelle ne sont pas suffisamment abordées lors de la formation initiale des professionnels de santé (médecine, pharmacie, maïeutique, professions paramédicales). Ceci est paradoxal car une grande partie de cette formation se déroule à l'hôpital où les étudiants pourraient facilement mettre en pratique un enseignement « académiques » sur ces différents aspects.

Au niveau local, les UFRs de Médecine et de Pharmacie de Grenoble se sont déjà engagées et veulent développer plus avant les compétences (savoir-être et savoir-faire) susceptibles d'améliorer cet état de fait.

Ci-dessous quelques exemples d'action pédagogiques à mettre en place ou à renforcer :

- Mise en place d'un tutorat tout au long du premier et deuxième cycle pour les étudiants en médecine (une dizaine d'étudiant suivis pendant 5 ans par le même PUPH ; objectifs : échanger de manière informelle sur tous les aspects du parcours de l'étudiant et l'aider à choisir la discipline médicale la plus adaptée pour lui)
- formalisation d'un circuit d'alerte et d'intervention pour les étudiants en difficultés psycho-sociales
- Mise en place d'examens validant par groupe (intérêt du travail en équipe)
- Mise en place d'un résidanat pour tous en 6e année (DFASM3) pour préparer le travail d'interne
- Ouverture en 2018 d'un Institut de Formation des Professions de santé regroupant le premier cycle des études médicales et pharmaceutique et la formation initiale des professions paramédicales (objectif « acculturer » les plus jeunes via la pédagogie à la multidisciplinarité)
- Renforcement de l'enseignement de l'éthique médicale, de la communication et de la déontologie interprofessionnelle en deuxième cycle
- Ouverture vers l'université des patients
- Rapprochement avec les sciences humaines et sociales de notre université dans le domaine de la formation et de la recherche.
- Formation au management pendant le troisième cycle (Formation spécialisée transversale FST)

Par ailleurs au niveau national, les équipes des UFR de Médecine et Pharmacie et l'université Grenoble Alpes participent activement aux réflexions nationales (conférences des doyens, conférences des président d'université) sur les nouvelles modalités de la PACES, la mise en place du service sanitaire, l'évolution du deuxième cycle et de l'entrée dans le troisième cycle (ECN) pour rééquilibrer la formation initiale en insistant sur le développement des qualités humaines indispensables et complémentaires aux compétences médico-techniques.