



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

**Promotion : 2010**

**Date du Jury : septembre 2010**

---

**Les indicateurs d'activité et de charge  
en soins dans le dimensionnement des  
équipes : place du directeur des soins**

---

**Jeannine LAMOUR**

---

# Remerciements

---

*Ils s'adressent*

A toutes les personnes que j'ai interviewées pour leur disponibilité lors de la réalisation de l'enquête,

A Alain LOSCHI pour son soutien et l'aide qu'il a pu m'apporter tout au long de ce travail,

Et plus particulièrement

A mes enfants pour leur soutien constant et surtout à Jacques pour sa patience et son regard attentif tout au long de cette formation.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Gérer la performance : un enjeu pour le directeur des soins</b> .....	<b>5</b>
1.1 Le management .....	5
1.1.1 Une définition générale .....	5
1.1.2 Le management hospitalier .....	6
1.1.3 Manager : prévoir, évaluer, gérer, décider.....	6
1.2 La performance .....	8
1.2.1 Une définition imprécise, un concept à la mode .....	8
1.2.2 L'appropriation de ce concept par le monde hospitalier.....	8
1.2.3 Le pilotage de la performance .....	9
1.3 Les indicateurs en milieu hospitalier.....	10
1.3.1 Une définition précise.....	10
1.3.2 La mesure de la performance à l'hôpital.....	11
1.3.3 Les ratios de personnel.....	14
<b>2 Observer et analyser le terrain</b> .....	<b>15</b>
2.1 Le cadre de l'enquête.....	15
2.1.1 La méthodologie d'investigation .....	15
2.1.2 Le choix des établissements et des personnes interviewées.....	15
2.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête .....	16
2.2 Le résultat des entretiens .....	17
2.2.1 Prés-requis et freins dans une exploitation des données SIIPS.....	17
2.2.2 Les SIIPS : outil de pilotage avec les indicateurs PMSI.....	21
2.2.3 Vers une modélisation nationale? .....	23
2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses .....	23
<b>3 Proposer et agir : la place du directeur des soins</b> .....	<b>25</b>
3.1 Une communication stratégique de la direction des soins .....	25
3.1.1 Communication avec la Direction Générale et les équipes de direction.....	26
3.1.2 Communication avec les responsables de pôle et les équipes soignantes .	26
3.1.3 Une implication des différents partenaires.....	27

3.2	Une implantation sécurisée des indicateurs SIIPS .....	28
3.2.1	Un système informatique performant .....	28
3.2.2	La formation des personnels à la méthode .....	29
3.2.3	Une rigueur dans le recueil des données.....	29
3.3	Une mise en œuvre de la corrélation des données SIIPS et PMSI .....	30
3.3.1	Un travail en collaboration avec le DIM et la direction informatique .....	31
3.3.2	Une attention particulière à la gestion quotidienne des pôles.....	31
3.3.3	....Et aux redimensionnements d'équipes.....	32
<b>Conclusion .....</b>		<b>33</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>1</b>
<b>Liste des annexes.....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAS	Activités Afférentes aux Soins
ANAP	Agence nationale d'Appui à la Performance
ATIH	Agence Technique de l'Information de l'Hospitalisation
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DRH	Direction des Ressources Humaines
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Equivalent Temps Plein
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAS	Haute Autorité de Santé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PRN	Projet de Recherche en Nursing
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
T2A	Tarifcation à l'Activité
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

La croissance des dépenses de santé est un phénomène commun aux pays occidentaux depuis les années 1970. Il a conduit au développement de politiques de maîtrise de ces dépenses. L'objectif est double : d'une part, le respect des moyens alloués au secteur de la santé, d'autre part, l'utilisation optimale de ces ressources. Dans ce but, le dispositif législatif, depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril 1996, celle du 2 mai 2005 et jusqu'à la loi du 21 juillet 2009, a apporté des modifications importantes à l'organisation hospitalière imposant un nouveau cadre de régulation, instaurant un budget contraint défini par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

Ce cadre législatif commande aussi aux établissements hospitaliers de mettre en œuvre des systèmes d'information, de procéder à l'analyse de leur activité et à son évaluation. La volonté des pouvoirs publics de rationaliser les dépenses hospitalières s'est traduite par l'utilisation généralisée d'outils d'analyse et de gestion tels que le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui permet de connaître l'activité médicale et d'évaluer les coûts de prise en charge des différentes pathologies. La mise en place de cet outil s'est encore accentuée depuis la réforme du financement des établissements hospitaliers et la création de la Tarification à l'Activité (T2A)<sup>1</sup> qui adapte le financement des hôpitaux à leur activité.

Ce contexte de budget contraint se concrétise par des difficultés financières dans de nombreux établissements hospitaliers. Les charges de personnel représentant 70 % des dépenses des hôpitaux, des restructurations ou des fusions de services dans les pôles se sont imposées dans de nombreux établissements.

Parallèlement, la création de filières spécifiques optimisant le parcours des patients conduit certains pôles à revoir leur organisation de travail et à mutualiser les compétences. Notre expérience professionnelle nous a amenée à participer à une restructuration reposant sur le projet médical de la création d'une filière de médecine et d'un parcours patient spécifique. Le dossier médico-économique de ce projet, élaboré à partir des indicateurs du PMSI étant largement bénéficiaire, la demande du pôle était de réaliser la restructuration à effectif constant. Ce projet s'est inscrit dans un contexte institutionnel de plan de retour à l'équilibre financier engendrant d'autres restructurations d'unités de soins notamment en chirurgie. Celles-ci ayant été réalisées dans un contexte médico-économique différent, le dimensionnement des équipes a été plus resserré. Se

---

<sup>1</sup> Loi n°2003-1199 de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003, articles 22 à 34

pose alors la question de l'équité entre les équipes et de la position financière du pôle dans lequel se réalise la restructuration.

Le P.M.S.I. est l'outil actuellement utilisé pour mesurer l'activité médicale d'un établissement de santé. Cependant, cette situation montre la difficulté de faire le lien entre les pathologies et la charge en soins pour objectiver le budget octroyé aux ressources humaines et la nécessité d'utiliser d'autres outils permettant d'objectiver les besoins lors du redimensionnement des équipes dans le cadre de restructurations. Il devient indispensable de définir un effectif permettant une qualité optimale de la prise en charge des patients avec un coût efficient afin d'équilibrer le dimensionnement des équipes entre les différentes unités, certaines étant historiquement surdotées par rapport à d'autres.

En appont de cet outil, les indicateurs d'activité en soins infirmiers permettent, en complémentarité de l'activité médicale, d'objectiver la production de soins et de disposer d'une aide à la décision lors de redimensionnements d'équipes. Parmi ces outils, les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée, est la méthode la plus largement diffusée dans le territoire, elle est agréée par le ministère. En effet, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)<sup>2</sup> a commandé à l'Agence Technique de l'Information de l'Hospitalisation (ATIH) une étude sur la charge en soins qui doit permettre de mieux comprendre l'impact de cette charge sur un séjour hospitalier MCO. L'objectif de cette étude est de doter les établissements d'une méthode commune pour la mesure de la charge en soins et d'obtenir un modèle estimant la charge en soins par séjour grâce à des « variables explicatives » (variables PMSI et variables soignantes). Elle s'appuie sur les SIIPS et les données PMSI.<sup>3</sup> A ce jour, l'ATIH n'a pas encore rendu les conclusions finales de cette étude.

En tant que responsable du service de soins, le directeur des soins se doit d'être vigilant aux critères de répartition des personnels car il lui appartient de la justifier et de l'argumenter. En effet, « *il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (...), il participe, en liaison avec le corps médical (...) à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins, il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation* » comme le précise le décret n° 550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins ainsi que le projet du nouveau décret relatif au corps

---

<sup>2</sup> Par [décret](#) et [arrêté](#) du 15 mars 2010 publiés au journal officiel le 16 mars, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) est créée au sein du ministère chargé de la santé, en lieu et place de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). [www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/)

<sup>3</sup> COQUAZ C, novembre 2009. « *Présentation de l'étude nationale de la mesure de la charge en soins* ». Disponible : <http://bourgogne.sante.gouv.fr/pdf/10.pdf>

des directeurs des soins qui propose que : « *Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il participe à la gestion des personnels paramédicaux, et en particulier il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications* ».

Le dimensionnement des équipes fait donc partie des missions du directeur des soins. Mais, sans indicateurs fiables, celui-ci n'a pas suffisamment d'éléments pour argumenter ce dimensionnement dans un souci, non seulement, de maintien de la qualité et de la sécurité des soins et d'efficacité, mais aussi d'équité entre les équipes lors d'une restructuration.

Le développement de ces outils de management s'inscrit parfaitement dans les attributions du directeur des soins en matière d'organisation des soins, de gestion des personnels, d'optimisation des moyens car ils permettent, en collaboration avec les autres partenaires, une aide à la décision pour assurer sa mission d'une façon équitable dans un contexte de restriction budgétaire.

Ces constats nous amènent à nous poser différentes questions sur les difficultés de redimensionnement des équipes et sur la pertinence de faire un parallèle entre les indicateurs PMSI et les indicateurs de charge en soins tels que les SIIPS : Comment éclairer ces indicateurs pour parvenir à un dimensionnement équilibré entre les différentes unités en fonction de la charge de travail ?

Quel est l'outil le plus pertinent pour aider à la réorganisation d'un service ?

Ce questionnement nous conduit à formuler **la question de départ** suivante :

**« En quoi l'utilisation d'indicateurs d'activité et de charge en soins tels que les SIIPS facilite-t-elle le redimensionnement des équipes ? »**

Cette question de départ induit **3 hypothèses de travail** :

- *Les outils de charge en soins et les données PMSI ne sont pas mobilisés conjointement et mis en corrélation pour objectiver le dimensionnement des équipes.*
- *Le redimensionnement des équipes met en présence plusieurs professionnels aux approches différentes, ce qui nécessite de rechercher collectivement une cohérence institutionnelle*



- *Le directeur des soins a des moyens d'objectivation de la charge de travail mais ne les exploite pas assez dans sa stratégie de redimensionnement*

Nous avons développé notre travail de recherche en trois étapes.

La première explore la gestion de la performance dans le monde hospitalier actuel en abordant les concepts de management, de performance et d'indicateurs d'activité, de charge en soins et de ratio en personnel.

La deuxième étape présente le cadre de l'enquête et la méthodologie utilisée pour recueillir les données. .A partir d'entretiens semi-directifs, nous analyserons la place du directeur des soins dans l'exploitation des outils de charge en soins comme les SIIPS et dans la corrélation avec les indicateurs d'activité du PMSI, ensuite, nous la confronterons avec nos hypothèses..

Enfin dans la dernière partie, nous proposerons une stratégie de communication du directeur des soins dans l'implantation de la méthode SIIPS et sa corrélation avec les données PMSI dans la gestion quotidienne des pôles mais aussi dans un objectif de dimensionnement d'équipes.

# 1 Gérer la performance : un enjeu pour le directeur des soins

*« La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management »<sup>4</sup>*

Un environnement socio-économique complexe et préoccupant exige du management hospitalier qu'il mette en place des outils d'objectivation, de valorisation des organisations et des bonnes pratiques permettant d'obtenir une information fiable sur la performance de l'établissement afin de prendre des décisions adaptées et efficaces.

## 1.1 Le management

### 1.1.1 Une définition générale

*« Bien que d'origine latine, c'est en anglais que le sens actuel du terme est fixé définitivement pour désigner l'activité qui consiste à conduire, diriger un service, une institution, une entreprise »<sup>5</sup>.*

Pour S ALECIAN et D FOUCHER, le manager sait utiliser les talents dont il dispose pour gérer son entreprise. Ils précisent que *« Le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance »<sup>6</sup>.*

Pour ces auteurs, il existe deux horizons du management :

- le management stratégique désigne la partie de l'activité qui consiste à se projeter dans l'avenir et à mettre en perspective l'activité de l'institution,
- le management opérationnel concerne le fonctionnement au quotidien.

Tout manager doit assumer des tâches opérationnelles et stratégiques.

Le management possède à la fois un volet humain qui mobilise les énergies, les anime au quotidien et un volet que nous nommerons, comme S ALECIAN et D FOUCHER : *« management des moyens »*. *« Le management des hommes suppose que les cadres se préoccupent de dire où on va, comment, organisent les unités en conséquence et se dotent d'instruments de pilotage leur permettant de suivre le bon fonctionnement de leurs services »<sup>7</sup>.*

---

<sup>4</sup> CHEROUTE-BONNEAU, février 1998, « La production de soins, un enjeu managérial », *Gestions Hospitalières*, p 95

<sup>5</sup> ALECIAN S, FOUCHER D, 2002, « *Le management dans le service public* » 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions d'organisation, p 10

<sup>6</sup> Ibid p10

<sup>7</sup> Ibid p 14

### 1.1.2 Le management hospitalier

La définition générale du concept de management montre que la pratique managériale ne peut être détachée de son contexte. Ainsi, parce que le monde de la santé est bousculé par de nouveaux défis réglementaires, économiques, financiers mais aussi sociétaux, l'enjeu du management hospitalier est essentiel.

En effet, l'hôpital doit faire la preuve de son efficacité. Pour y parvenir il a besoin avant tout de cadres managers pour conduire les évolutions. A partir des valeurs du service public hospitalier, les managers que sont les directeurs des soins doivent clarifier les missions, repenser les organisations et les modes de fonctionnement.

Pour S ALECIAN et D FOUCHER, chaque cadre doit trouver son style de management en fonction de sa personnalité mais doit respecter la règle des quatre « C » :

- cohérence entre les paroles et les actes, dans les décisions elles-mêmes, entre les objectifs assignés et les moyens alloués,
- courage pour prendre les décisions, pour les assumer et persévérer,
- clarté dans les missions, les règles du jeu, les objectifs, les options stratégiques, la communication des résultats,
- considération pour les personnes et leur travail.

### 1.1.3 Manager : prévoir, évaluer, gérer, décider

« *Manager consiste à conduire, diriger, commander, coordonner, faire participer, animer* »<sup>8</sup> mais manager ne peut se faire sans prévoir, évaluer, gérer, décider.

#### A) Prévoir

Trois outils aident un management performant à maîtriser le futur de l'organisation :

- la perspective permet de se projeter à long terme,
- la prévision consiste à anticiper le futur en tenant compte des données actuelles,
- la planification permet de réaliser des objectifs à court, moyen et long terme.

En management hospitalier, prévoir c'est anticiper les besoins des patients, s'adapter à la concurrence des autres établissements, au nouveau contexte économique et social, réactualiser les projets stratégiques.

« *Prévoir : c'est manager l'incertitude et maîtriser les risques, mais aussi mettre en place une structure de veille* ».<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> GASTE MC, 2004, « *Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins : mythe ou réalité ?* », Mémoire ENSP de Directeur des Soins, Ecole Nationale de Santé Publique. (ENSP) Rennes. p 9

## B) Evaluer

Le Larousse dit : « *Evaluer c'est apprécier la valeur, le prix, l'importance d'une chose.* » L'évaluation est tout à fait adaptée au concept d'indicateur d'activité car elle donne une mesure. Mais elle n'a d'intérêt que lorsqu'elle donne un sens à cette mesure pour devenir une aide à la décision. Ainsi, J ABBAD écrit : « *Chacun reconnaît aujourd'hui l'importance de l'évaluation en tant que levier de progrès au service de la performance globale de l'établissement hospitalier* ».

Elle permet d'estimer dans le temps l'évolution des actes de soins et permet d'agir. C'est une mesure dont l'objectif est d'agir sur les comportements, sur les pratiques, il s'agit donc d'une mesure du changement et un enjeu essentiel pour le directeur des soins.<sup>10</sup>

## C) Gérer

Pour le Larousse, la gestion désigne "*une action ou une manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose*". Pour S ALECIAN et D FOUCHER, la gestion « *c'est l'ensemble des moyens mis en œuvre par une organisation pour aider les responsables à vérifier en permanence qu'ils atteignent leurs objectifs en utilisant leurs ressources de façon optimale* »<sup>11</sup>. La gestion se traduit par une volonté de savoir et d'évaluer les pratiques et les coûts. Elle exprime un besoin de régulation.

Les contraintes de l'hôpital public le conduit à justifier ses actions devant les usagers en matière de qualité, d'efficience, de coûts.

## D) Décider

Décider vient du latin *decidere* « trancher », il se décline de façon positive en terme de « choisir la voie à suivre ». Trois éléments sont mis en œuvre dans une décision :

- un champ, le domaine dans lequel intervient la décision,
- l'autorité reflète la légitimité de l'auteur de la décision,
- l'espace temps dans lequel elle intervient.<sup>12</sup>

La décision est un acte essentiel du management qui oblige à choisir une solution parmi toutes les possibles. Elle fait appel au courage intellectuel. Elle est inséparable de la prise de risques car la complexité des institutions rend difficile toute décision.

---

<sup>9</sup> Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles, janvier 2005, « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé* », Paris p 9

<sup>10</sup> GASTE MC, 2004, op cité p 12

<sup>11</sup> ALECIAN S, FOUCHER D, 2002, « *Le management dans le service public* » 2<sup>ième</sup> édition, Paris, Editions d'organisation, p 173

<sup>12</sup> Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles, janvier 2005, « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé* », Paris p 20-21

Toute décision est un acte individuel du manager qui en assume toute la responsabilité, néanmoins une phase de préparation en collectif en rend l'application plus aisée<sup>13</sup>.

## 1.2 La performance

### 1.2.1 Une définition imprécise, un concept à la mode

Le terme de performance est largement utilisé dans le langage courant mais ne fait pas l'objet d'une définition précise. Selon le Petit Robert, le mot « performance » provient du verbe « parformer », qui, en ancien français, signifie accomplir, exécuter.<sup>14</sup> Selon le contexte, le Petit Larousse le définit comme un résultat chiffré, précis, une prouesse ou un exploit<sup>15</sup>. Néanmoins, malgré le flou entourant ce terme, son utilisation par les différents acteurs de la vie économique et sociale en fait un mot à la mode.

A TEIL<sup>16</sup> a démontré que la définition de la performance est étroitement liée à la conception de l'organisation retenue. Elle repère quatre modèles génériques :

- le modèle des objectifs rationnels : l'établissement est performant lorsqu'il atteint ses objectifs. La performance est définie par sa capacité à améliorer son efficience,
- le modèle des ressources : l'établissement est performant s'il parvient à augmenter ses ressources,
- le modèle des relations humaines : ce modèle, issu de la sociologie des organisations, repose sur la capacité de l'établissement à satisfaire les acteurs du système,
- le modèle des processus internes : la performance est évaluée en fonction du respect des normes établies et de la rationalisation des processus de production.

Cette analyse montre que la notion de performance est multidimensionnelle et ne se limite pas à la performance économique. L'établissement doit choisir son orientation en fonction de ses projets.

### 1.2.2 L'appropriation de ce concept par le monde hospitalier

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *La performance est la capacité à mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé de la population, développer*

---

<sup>13</sup> GASTE MC, 2004, op cité p 14

<sup>14</sup> LETEURTRE H, MALLEA P, 2006, « *Performance et gouvernance hospitalière* », Paris, Editions Berger-Levrault, p 11

<sup>15</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance> site visité le 5 juillet 2010

<sup>16</sup> TEIL A, 2002, « Défi de la performance et vision partagée des acteurs », Thèse : Doctorat es sciences de gestion, Université LYON 3, p 190

*la capacité du système de santé à prendre en compte les attentes de la population et enfin réduire les iniquités de financement du système ».*<sup>17</sup>

La notion de performance devient omniprésente dans un monde hospitalier confronté à des défis de compétence, de qualité, d'innovation, d'efficacité économique et financière, L'hôpital se trouve aujourd'hui à la recherche d'une combinaison de ces différentes contraintes, combinaison sur laquelle va reposer sa performance.<sup>18</sup> Les acteurs hospitaliers se sont saisi de ce concept pour développer une dynamique d'amélioration des pratiques médicales, des processus de prise en charge, des systèmes d'information et des coûts. Une relation étroite existe donc entre qualité et organisation des établissements. Optimiser l'organisation permet des réductions de coûts : efficacité économique, médicale et sanitaire sont ainsi complémentaires l'une de l'autre.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires place la performance comme un levier majeur de la réforme. Ainsi, elle a créé la nouvelle Agence Nationale d'Appui à la Performance<sup>19</sup> (ANAP) qui a identifié six leviers d'amélioration de la performance :

- transformer de manière globale et durable un établissement dans son ensemble,
- offrir la qualité au meilleur coût,
- optimiser le parcours des patients,
- favoriser les investissements efficaces,
- promouvoir la culture de la performance,
- améliorer la gestion des ressources humaines et développer les compétences des acteurs du système de santé.

La performance doit être appréhendée de façon globale et passe par l'optimisation des coûts et de l'organisation.<sup>20</sup>

### **1.2.3 Le pilotage de la performance**

Le pilotage de la performance est l'ensemble des processus décisionnels s'appuyant sur un ensemble d'outils et de méthodes permettant une connaissance du système et une aide à la décision. Il doit agir simultanément sur la stratégie en priorisant les choix, la culture en tenant compte des valeurs de l'établissement, la technologie et l'organisation.<sup>21</sup>

Il existe trois niveaux de pilotage de la performance :

---

<sup>17</sup> ANASTASY C, janvier 2010, Enjeux et stratégie, *Les cahiers hospitaliers*, p7

<sup>18</sup> TEIL A, opus cité, p 23

<sup>19</sup> L'ANAP a été instituée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>20</sup> MARCON E, GUINET A, TAHON C, 2008, « *Gestion et performance des systèmes hospitaliers* », Paris, Hermes Sciences Publications p 74

<sup>21</sup> Ibid p 84-85

- le niveau stratégique engage l'établissement dans le long terme et oriente les investissements,
- le niveau tactique permet de mettre en adéquation les ressources avec les charges sans modifier la structure de l'établissement,
- le niveau opérationnel est assuré au niveau des unités et permet la bonne conduite des activités.

Ce pilotage s'appuie sur le système d'information hospitalier dont les tableaux de bord sont des éléments fondamentaux. La directive du 6 janvier 1989, de la Direction des Hôpitaux décrit le système d'information comme « *l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaire à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique* ». <sup>22</sup>

La mise en place de tableaux de bord va donc objectiver ce pilotage et servir à étendre la stratégie définie dans l'établissement mais ils ne sont que des outils recueillant des données essentielles à la prise de décision car, d'une lourdeur relative et d'un caractère mécaniste, ils ne renseignent que sur la variable.

« *Le tableau de bord est un outil de gestion, fournissant des informations sélectives pour répondre aux besoins de connaissance préalable à la prise de décision* ». <sup>23</sup>

Le problème est alors de définir les tableaux de bord et les indicateurs pertinents dans le niveau de pilotage.

## 1.3 Les indicateurs en milieu hospitalier

### 1.3.1 Une définition précise

S'appuyant sur la définition du Grand Robert et sur la norme ISO 8402 « *l'indicateur est une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis* », la Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'indicateur comme « *une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est outil de décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Il n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire* ». <sup>24</sup>

Un indicateur de performance est une information aidant un acteur individuel ou généralement collectif à construire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou lui permettant d'en évaluer le résultat. <sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Ibid p 93

<sup>23</sup> GRAPHOS, FEHAP, « *Le tableau de bord de la performance en soins de suite et de réadaptation* » p 16

<sup>24</sup> ANAES, mai 2002, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*, p 10

<sup>25</sup> LORINO P, 2003, *Méthodes et pratiques de la performance*, Paris, Editions d'organisation, p 130

### 1.3.2 La mesure de la performance à l'hôpital

La législation hospitalière, depuis la loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, oblige les établissements de santé de mettre en œuvre des systèmes d'information et de procéder à l'analyse de leur activité. Des outils du type PMSI ou SIIPS, basés sur des données chiffrées, ont été créés pour objectiver la production de soins.<sup>26</sup>

#### A) Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Modèle importé des Etats Unis, le PMSI a longtemps été le seul outil permettant de disposer d'informations quantifiées et standardisées mesurant l'activité de soins dans les établissements de santé. Créé en 1982, il avait, au départ en France, un objectif de santé publique et épidémiologique. Pendant une dizaine d'années, le PMSI va s'étendre progressivement avec des expérimentations, tant dans le secteur public que dans le privé. Ces expérimentations avaient pour but l'étude de la faisabilité d'une tarification sur la base du PMSI. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 va confirmer ce rôle.

Pour assurer cette fonction de recueil d'information médicale dans le cadre du PMSI, la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 6 janvier 1989 crée les Départements d'Information Médicale (DIM).<sup>27</sup>

L'activité du Département d'Information Médicale se décline selon plusieurs axes :

- il organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sous l'autorité d'un médecin dans le cadre du PMSI participant ainsi à la valorisation de l'activité de soins, base de la tarification à l'activité de l'hôpital,
- il participe ensuite au suivi épidémiologique des patients. Les données médicales recueillies sont protégées par le secret professionnel et le DIM participe à la qualité et à l'intégrité du dossier du patient,

Le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée est contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Ceux-ci sont anonymisés et deviennent alors des Résumés de Sortie Anonymes (RSA) avant d'être transmis à l'Agence Régionale de Santé.

Depuis 2005, le PMSI entre dans la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) qui permet un nouveau système de rémunération des hôpitaux, basé sur leur activité. Les données collectées font ensuite l'objet d'un classement en groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin, les Groupes Homogènes de Malades (GHM) se

---

<sup>26</sup> BEAUGHON MC, DICK- DELALONDE C, PISTRE F et al, 1999, « *La méthode SIIPS, les indicateurs d'activité en soins infirmiers* », Vélizy, Editions Lamarre, p XVI

<sup>27</sup> [www.mmt-fr.org/article372.html](http://www.mmt-fr.org/article372.html) -visité le 8 juillet 2010



déclinant pour la valorisation en Groupes Homogènes de Séjour (GHS). Le PMSI est en effet devenu un outil de pilotage contribuant à mesurer la performance des établissements de santé et non plus seulement un outil descriptif de l'activité médicale.<sup>28</sup>

Le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000, quant à lui, a créé l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Initialement circonscrit aux travaux techniques concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du PMSI ainsi que des travaux relatifs aux nomenclatures de santé, son périmètre d'activité s'est élargi avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004.<sup>29</sup> C'est à ce titre qu'elle a mené l'étude sur la charge en soins en 2009.

#### B) Les indicateurs de charge en soins

*« L'objectif est d'évaluer la charge en soins infirmiers pour un patient, tant dans une structure de soins que dans leur intensité et d'en tirer les conséquences, non seulement pour un groupe homogène de malade (GHM) dans le cadre du PMSI mais aussi pour une unité de soins, un service, un établissement hospitalier »<sup>30</sup>*

Dans le contexte de budget contraint, les indicateurs de charge en soins prennent toute leur place. En complément des indicateurs PMSI, ils sont nécessaires pour connaître l'activité en soins sur le plan quantitatif et qualitatif et permettent de s'appuyer sur un outil d'aide à la décision dans l'organisation de travail, l'amélioration des conditions de travail, la définition des effectifs. Il existe trois méthodes : le Projet de Recherche en Nursing (PRN), le Pendiscan et les Soins Infirmiers à la Personne Soignée (SIIPS)<sup>31</sup>.sur lesquels nous nous arrêterons plus particulièrement.

La réflexion débute en 1980 à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris. Dans un hôpital pilote dans l'expérimentation PMSI, le service de soins infirmiers se devait de suivre les charges en soins pour prendre des décisions adaptées à l'organisation de travail et à la répartition des moyens. Elle aboutit à la construction d'un guide méthodologique<sup>32</sup> et par la présentation de la méthode au ministère en 1992. Cette méthode permet :

- de faire connaître l'activité en soins par une visualisation de leur évolution et leur corrélation avec les données administratives et médicales,
- d'évaluer les besoins en soins pour adapter l'allocation des ressources,

---

<sup>28</sup> [wikipedia.org/Programme\\_de\\_médicalisation\\_des\\_systèmes\\_d'information](http://wikipedia.org/Programme_de_médicalisation_des_systèmes_d'information) site visité l30.06.10

<sup>29</sup> [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr) visité le 30 juin 2010

<sup>30</sup> Les soins Infirmiers et la charge de travail, *Guide du Service Infirmier n° 2*, Direction des hôpitaux, p 62

<sup>31</sup> LEDOYEN JR, 2009, préparation au concours de directeurs des soins, *Europe Management*, Paris

<sup>32</sup> BEAUGHON MC, DICK- DELALONDE C, PISTRE F et al, 1999, « *La méthode SIIPS, les indicateurs d'activité en soins infirmiers* », Vélizy, Editions Lamarre, 202 p

- de participer au système d'information médico-économique pour déterminer le coût des soins infirmiers.<sup>33</sup>

Aujourd'hui, la méthode SIIPS couvre l'ensemble du champ des soins en court séjour, en soins de suite ou de réadaptation (SSR), dans les unités de soins de longue durée (USLD), en hospitalisation à domicile, dans les soins ambulatoires et en psychiatrie.<sup>34</sup>

C'est un outil de mesure de la charge en soins qui décline les trois fonctions de soins : les soins de base, les soins techniques et les soins relationnels et éducatifs. Un coefficient affecté à chaque groupe selon l'intensité de soins (1, 4, 10 ou 20) est multiplié par la durée de séjour, la somme des valeurs de chaque groupe fournit une valeur globale de la charge en soins infirmiers. Le recueil des données est réalisé le jour de la sortie ou de façon hebdomadaire pour les séjours de longue durée. (annexe 1)

Afin de sécuriser le recueil, la méthode SIIPS préconise de réaliser des contrôles qualité. « *Un contrôle qualité consiste à attribuer une cotation a posteriori sans connaissance de la cotation initiale : c'est une cotation en aveugle* ». Les objectifs sont de:

- identifier d'éventuels écarts et apporter des mesures correctives qui s'imposent,
- aider les équipes à mieux situer leur cotation,
- conforter l'utilisation des résultats comme indicateurs pertinents au sein des institutions,
- garantir la fiabilité des données transmises et utilisées en externe,
- maintenir une dynamique d'amélioration de la fiabilité de la cotation.<sup>35</sup>

L'enjeu de réaliser des contrôles qualité rigoureux prend tout son sens lorsque que l'outil d'évaluation de la charge en soins SIIPS est utilisé comme un outil de pilotage par l'établissement.

Pour préciser la charge de travail, il est indispensable de quantifier aussi les Activités Afférentes aux Soins (AAS). L'étude des AAS est ponctuelle, pour aider à leur relevé, la Direction des Hôpitaux a édité un guide en 1995.<sup>36</sup> Ces activités sont directement liées au système d'organisation des unités. Leur analyse permet de mettre en évidence les points forts et les opportunités d'amélioration. Elles se répartissent en cinq domaines : les activités hôtelières, logistiques, administratives, les communications, et l'encadrement, la formation et la recherche. Connaissant les SIIPS et les AAS, il est possible de calculer les postes nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des unités mais aussi de requalifier les postes existants en fonction de la charge de travail et des tâches à réaliser.

---

<sup>33</sup> DICK- DELALONDE C, MALLET M, PISTRE F et al, 2007, « *La méthode SIIPS, les indicateurs d'activité en soins infirmiers* », 2<sup>ème</sup> édition, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, p XVII

<sup>34</sup> Ibid , p XVIII

<sup>35</sup> Ibid p 105

<sup>36</sup> *Méthode pour mesurer les autres activités afférentes aux soins*, février 1995, Direction des hôpitaux, Paris

### 1.3.3 Les ratios de personnel

La question des effectifs s'inscrit dans un processus dynamique nécessitant des ajustements en fonction de l'évolution des situations et des contextes. La détermination d'un effectif tient compte d'un certain nombre de paramètres dont la combinaison permet l'appréciation du nombre de postes journaliers. Une fois le nombre et la qualification des professionnels établis, il est possible de calculer les effectifs en Equivalent Temps Plein (ETP) nécessaires pour occuper les postes de travail identifiés.<sup>37</sup>

Le dimensionnement des équipes possède donc deux composantes :

- la détermination du nombre de personnes nécessaires pour assurer l'ensemble des tâches à chaque moment de la journée,
- la définition des effectifs nécessaires pour couvrir ces besoins en tenant compte des horaires de travail et de la réglementation.<sup>38</sup>

A l'exception de certaines unités telles que les réanimations, les soins intensifs, les unités de néonatalogie, l'obstétrique, la chirurgie cardiaque, pour lesquelles un décret définit le nombre de soignants par malade,<sup>39</sup> il n'existe aucune règle prédéfinie. Alors, comme nous l'avons évoqué, des paramètres tels que la charge en soins (et la charge de travail), l'activité médicale mais aussi les accords locaux autour de la Réduction du Temps de Travail (RTT), l'organisation générale de l'hôpital, le résultat comptable de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) ou l'architecture du service sont à prendre en compte.

De plus, en raison des modes de financement actuels, (T2A), les postes de travail sont à rapprocher de l'activité et les effectifs peuvent être revus à la hausse ou à la baisse en cours d'année en fonction des variations d'activité.

La définition des besoins en personnel et le dimensionnement des équipes soignantes fait donc l'objet de réflexions importantes à l'hôpital, ce travail en est l'illustration. La recherche du meilleur ratio effectif/lits devient parfois une véritable Quête du Graal pour les directeurs des soins et autres responsables de services soignants, quête que nous allons essayer de faire avancer par une enquête de terrain.

---

<sup>37</sup> COLLECTIVITE AUTEUR, Directeurs des Soins et conseillers techniques en soins, janvier 2009, *Recommandations pour apprécier les besoins en personnels paramédicaux*, p 8

<sup>38</sup> TRILLING L, 2006, « Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage des ressources humaines mutualisées en milieu hospitalier », Doctorat es génie informatique, Institut national des sciences appliquées de Lyon, p 35

<sup>39</sup> Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006, décret n°98-900 du 9 octobre 1998, décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002, décret n°91-78 du 16 janvier 1991, décret n°2002-466 du 5 avril 2002

## **2 Observer et analyser le terrain**

### **2.1 Le cadre de l'enquête**

Développé dans le cadre d'un mémoire professionnel, nous avons décidé de mener notre travail dans une perspective liée à notre expérience professionnelle. Pour plus de clarté dans nos propos, nous avons décidé de nous limiter à l'étude d'un seul outil de charge en soins, les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS). En effet, le recueil de cet indicateur est facilement retrouvé dans l'hexagone, des études précisent qu'il est utilisé dans 80% des établissements dotés d'un outil de charge en soins.<sup>40</sup>

#### **2.1.1 La méthodologie d'investigation**

La première étape a consisté en une revue documentaire et bibliographique dans les revues professionnelles, les mémoires de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), les documents et les ouvrages traitant des indicateurs de charge en soins, des Activités Afférentes aux Soins (AAS) mais aussi du PMSI afin de rechercher les différentes expériences sur le sujet. Ces études ont été enrichies par des recherches sur les concepts de management, de performance, d'indicateur afin d'éclairer le contexte dans lequel se situe l'analyse de la charge en soins et sa corrélation avec les outils du PMSI. La consultation de plusieurs sites internet et de rapports ministériels a approfondi ces recherches.

Dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs construits autour d'un guide abordant les thèmes qu'il nous semblait important d'approcher pour infirmer ou confirmer nos hypothèses. (Annexe 2)

La durée moyenne de ces entretiens a été d'une heure, deux d'entre eux se sont déroulés par téléphone. Tout en garantissant l'anonymat, ils ont été enregistrés avec l'accord des interviewés.

#### **2.1.2 Le choix des établissements et des personnes interviewées**

Nous avons choisi de mener des entretiens dans des établissements utilisant l'outil SIIPS. Lors d'un stage dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de 3300 lits et places du sud de la France que nous nommerons CHU A, une enquête de terrain nous a permis d'évaluer les contraintes, les opportunités, les intérêts de l'outil SIIPS et de son articulation avec les données PMSI de l'établissement. Dans cet établissement, nous avons réalisé des entretiens auprès :

---

<sup>40</sup> COQUAZ C, novembre 2009, « *présentation de l'étude nationale : mesure de la charge en soins* », Journée Régionale des Cadres de Santé. Dijon, disponible sur le site : [bourgogne.sante.gouv.fr](http://bourgogne.sante.gouv.fr) visité le 9 février 2010.pdf

- du coordonnateur des soins.
- de la directrice des soins du site principal,
- du médecin responsable du DIM,
- du cadre supérieur de santé référent de l'outil SIIPS,
- de deux cadres supérieurs de santé responsables de pôle référents du contrôle qualité de la démarche SIIPS.

Nous avons mené un entretien téléphonique semi-directif auprès de la cadre supérieur de santé détachée sur le dossier SIIPS pendant plusieurs années à la direction des soins d'un CHU de 1500 lits et places du centre du pays, le CHU B. Cet établissement vient d'abandonner le recueil de charge en soins SIIPS et de supprimer ce poste de cadre supérieur de santé référent. Cet entretien avait pour objectif d'analyser la décision et identifier les freins éventuels.

D'autre part, nous avons réalisé des entretiens auprès d'experts ayant une bonne connaissance des ces indicateurs et possédant une expérience différente :

- un cadre supérieur de santé référent SIIPS d'un Centre hospitalier situé sur la côte atlantique, le CH C,
- un cadre supérieur de santé référent SIIPS d'un Centre Hospitalier d'Ile de France, le CH D,
- une directrice des soins référente SIIPS du CHU situé au nord de l'Ile de France le CHU E.

Nous avons fait le choix de ne pas interroger des cadres de santé bien que ceux-ci soient concernés par l'utilisation des outils de charge en soins car nous avons décidé de privilégier l'axe stratégique de l'exploitation des résultats obtenus par ces indicateurs, notamment lors du dimensionnement des équipes de soins.

### **2.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête**

La limite majeure de ce travail est le nombre de personnes interviewées qui ne peut garantir une représentativité et une objectivité totale, néanmoins, le temps octroyé à ce travail ne nous permettait pas d'augmenter davantage le panel de l'enquête.

De plus, il ne nous a pas été possible de rencontrer un directeur des ressources humaines, le poste de notre lieu de stage étant vacant, nous n'avons donc pas pu recueillir l'appréciation d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) sur le propos.

Les points forts résident dans la qualité des échanges et des informations obtenues, les personnes interviewées manifestant un intérêt certain pour le sujet.

## 2.2 Le résultat des entretiens

L'analyse des entretiens et la mise en perspective avec les lectures professionnelles a permis de regrouper les propos selon deux axes :

- les prés-requis et les freins rencontrés dans l'utilisation des SIIPS dans le dimensionnement des équipes,
- l'appropriation des SIIPS comme outil de pilotage avec les indicateurs du PMSI.

### 2.2.1 Prés-requis et freins dans une exploitation des données SIIPS

#### A) Une volonté institutionnelle

Pour les différents acteurs interrogés lors de cette enquête, la première étape de mise en place de la méthode SIIPS dans l'établissement ne peut être réalisée qu'avec un engagement fort de la direction des soins et de la direction générale. Cet engagement est indispensable, nous en avons pour preuve les deux exemples des CHU.

Le cadre supérieur de santé référent SIIPS du CHU A explicite l'historique de la démarche *« Après une hésitation entre les méthodes PRN et SIIPS, celle-ci a été choisie comme outil de charge en soins en 1994 mais la directrice des soins de l'époque était peu déterminée et la méthode a vivoté et s'est pérennisée avec des aménagements locaux. En 2007, l'arrivée d'un nouveau coordonnateur des soins et la volonté de la direction générale d'aller jusqu'au bout de la démarche avant de décider de l'arrêt ou de la poursuite du processus a relancé la machine en corrigeant les biais »*. Ce point de vue est partagé par le Coordonnateur Général des Soins (CGS) *« avec le directeur général, nous avons décidé de poursuivre la démarche en l'améliorant et nous nous sommes donné deux ans pour vérifier l'intérêt d'une telle démarche. »* Le médecin du DIM confirme *« il faut une volonté politique, ce n'est pas la peine de faire recueillir les données par les équipes si la hiérarchie et le CGS ne les adoubent pas afin d'obtenir les moyens nécessaires »*.

Dans le CHU B, le cadre supérieur explique que *« après une politique volontariste de la direction générale et de la direction des soins ainsi qu'un partenariat constructif avec le centre hospitalier voisin dans la mise en place des SIIPS pendant de nombreuses années, le nouveau coordonnateur n'est pas motivé et n'a pas donné l'impulsion nécessaire auprès de la direction générale pour prolonger la démarche. »*

Par ailleurs, le cadre supérieur du CH C confirme bien ces propos. Elle estime que l'outil SIIPS est utilisé dans cet établissement parce qu'il existe une volonté de la coordonnatrice des soins de le faire vivre, volonté qu'elle sait communiquer au directeur général.

Toutes les personnes interviewées ont abordé la réalisation de l'enquête de l'ATIH en 2009 en soulignant son intérêt et la place qu'elle a pris dans la motivation des équipes dirigeantes à relancer ou à accompagner le processus. Que la DGOS s'interroge sur la possibilité et l'intérêt de la corrélation des indicateurs SIIPS et PMSI afin de mieux comprendre l'impact de la charge en soins dans le coût d'une hospitalisation, donnant ainsi aux SIIPS une crédibilité nationale, a remobilisé les différents acteurs. « *Répondre à l'enquête a été un levier notamment pour demander à l'informatique de dissocier les SIIPS dans le dossier DX Care* » signale le médecin DIM du CHU A.

#### B) Une collaboration avec le DIM et la DRH

La collaboration avec le département d'information médicale paraît indispensable à tous les acteurs interrogés. Le médecin DIM du CHU A est très impliqué dans cette coopération « *j'ai été interpellé dès le début de la démarche comme statisticien pour une aide méthodologique à l'analyse... Je pense que la participation des DIM dans la démarche SIIPS a tout son sens....Je suis convaincu de l'intérêt de corréler indicateurs SIIPS et PMSI pour adapter les moyens à la charge de travail* ». Tous les cadres supérieurs et les directeurs de soins sont unanimes sur ce sujet. Certains, comme les cadres du CHU A et du CH D, expliquent que la démarche est facilitée par la participation active des DIM, d'autres comme les CSS du CH C et du CHU B déplorent les difficultés de coopération « *le premier médecin du Département d'Information Médicale n'était pas intéressé et j'ai eu quelques difficultés à impliquer le second dans l'enquête ATIH..... Nous avons utilisé les résultats SIIPS pour redimensionner les équipes lors de la fusion mais il est dommage qu'en absence de collaboration avec le DIM nous n'ayons pas pu les croiser avec les GHM pour préciser la démarche* ».

De plus, les acteurs que nous avons interviewés sont unanimes pour signaler l'importance d'une collaboration avec la DRH dans l'exploitation de l'outil SIIPS comme outil de pilotage au niveau des ressources humaines « *le dimensionnement des équipes, la requalification des agents ne peut se faire sans l'appui de la DRH* ».

#### C) Une méthode fiable sur laquelle s'appuyer

L'exploitation des données recueillies par les indicateurs SIIPS, notamment dans le dimensionnement des équipes, doit absolument s'appuyer sur une méthode fiable. Il est indispensable de sécuriser la démarche pour inciter les responsables à consulter ces données et à les prendre en compte. Trois points sont à développer :

Le système d'information et le logiciel d'exploitation des SIIPS doivent être adaptés. Le cadre supérieur de santé du CHU B attribue l'arrêt de la démarche et les difficultés de recueil rencontrées en grande partie au choix du logiciel « *l'établissement a fait le choix*

*d'un logiciel créé en interne en collaboration avec la direction informatique et la référente SIIPS. Il fallait un produit évolutif mais il était très limité et il n'existait pas de contrat de maintenance avec la société. Les résultats n'étaient pas fiables, il était difficile de donner des résultats aux équipes ». De la même façon, le CSS du CHU A souligne que les premières années, le logiciel utilisé était une adaptation d'un autre logiciel et ne donnait pas satisfaction « le logiciel était très artisanal, il était impossible d'exploiter les chiffres qui ne servaient que pour le rapport d'activité ». Cet avis est résumé par le cadre supérieur du CH D « Il faut un outil performant dès le départ afin de recueillir efficacement les résultats, les exploiter avec les cadres et s'en servir comme un outil de gestion quotidienne. A ce prix, les SIIPS sont un outil de pilotage performant mais pour l'instant les logiciels du dossier patient intègrent mal cet outil ».*

La méthode de recueil des données nécessite d'être fiable et reconnue, pour cela, elle doit reposer sur des contrôles qualité sérieux. Dans le CHU A, les contrôles qualité ont été mis en place dès 2002. Un groupe de cadres et cadres supérieurs « référents qualité SIIPS » organise chaque année, par binôme, un relevé de cinq dossiers dans chaque unité. Pour ne pas être perçus comme un outil de contrôle, ils possèdent une orientation pédagogique et sont présentés aux équipes comme un instrument permettant de valoriser leur travail. « Ces contrôles qualité sont indispensables car les erreurs possibles sont nombreuses et la créativité des infirmières dans le domaine est maximale » souligne un CSS référent qualité du CHU A, « le binôme est vu comme une équipe d'experts extérieurs aidant à la reconnaissance des efforts des équipes ».

L'importance de ces contrôles dans la fiabilité des résultats apparaît aussi dans le discours du cadre supérieur de santé du CH C quand elle évoque le recueil de données réalisé dans le cadre de l'enquête nationale « Comme nous n'avons pas réalisé de contrôles qualité depuis deux ans lors de l'enquête ATIH, nous ne pouvions garantir les cotations transmises par les unités. Chaque matin, avec une infirmière détachée pour ce travail, nous avons vérifié les cotations dans chaque dossier avant de les transmettre à l'ATIH ». De même, le CSS référent SIIPS du CHU A explique que « les contrôles qualité prouvent auprès des directions la fiabilité des recueils faits toute l'année car il existe peu d'écarts avec le recueil journalier. ».

Enfin, pour être performant, le recueil des SIIPS nécessite d'être bien ordonnancé dans l'établissement. Cette organisation nécessite une implication réelle des cadres de santé responsables d'unité car, au quotidien ils impulsent, ou non, une dynamique positive aux équipes soignantes. Parce que, comme le souligne le CGS « le recueil n'avait pas la même exhaustivité dans toutes les unités, cela dépendait du cadre », dans le CHU A, une politique de formation volontariste a été mise en place. Il s'agit dans un premier temps de former des cadres de santé formateurs afin d'explicitier la méthode et les biais à éviter à



tous les professionnels concernés dans l'établissement. « *Le niveau d'exigence en terme de qualité entraîne une exigence de formation : les cadres doivent devenir experts dans la méthode même si certains n'en ont pas la volonté car les résultats pourraient être trop positifs pour les unités dont ils ont la charge* ».

#### D) Une communication pertinente

Ce dernier raisonnement exprime bien l'importance d'une communication pertinente autour de cet outil de charge en soins et de l'intérêt de son exploitation pour chacun dans l'établissement.

La communication institutionnelle est essentielle. Elle est assurée dans le CHU A par la création par le CGS d'un comité de pilotage et d'un comité technique coanimé par le médecin DIM « *le comité technique monte les projets, présente au comité de pilotage, recherche, dans les unités, des cadres pour l'enquête ATIH, le diaporama de présentation des AAS, la formation* ». Il permet des échanges entre les cadres des unités et les « *experts SIIPS* » de l'établissement.

Dans le CH C, la présentation des données est portée par la CGS et présentée aux instances : Comité Technique d'Etablissement, Commission Médicale d'Etablissement, Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques, un rapport d'activité est adressé au directeur financier. Cette communication institutionnelle est indispensable pour faire adhérer les acteurs autour de la démarche. En effet, nous relevons dans les entretiens que dans plusieurs hôpitaux, la communauté médicale mais aussi l'équipe de direction n'est pas ou peu intéressée par la démarche.

La réussite de ce projet dépend en grande partie d'une communication efficace et claire envers les équipes pour établir une « *culture indicateurs charge en soins* » dans l'établissement. Celle-ci passe par l'implication des cadres de santé qui reste parfois difficile « *il existe une volonté de la direction des soins d'impliquer les cadres de santé en créant des référents de pôle, il y a un essai d'un groupe de référents cadres mais ce groupe vit difficilement* » exprime le CSS du CH C. Un retour vers les pôles des résultats à partir des tableaux récapitulatifs peut faire comprendre les enjeux de la démarche notamment pour le redimensionnement des équipes lors de restructurations mais aussi pour une mutualisation au quotidien des ressources humaines « *La discussion avec les médecins et les cadres a évolué quand, en réunion, j'ai projeté les résultats : certaines unités de médecine avait plus de points SIIPS que la chirurgie cardiaque, après, on a pu discuter* » explique le cadre supérieur de santé référent SIIPS du CHU A.

## 2.2.2 Les SIIPS : outil de pilotage avec les indicateurs PMSI

Comme nous l'avons entrevu, l'exploitation des données SIIPS est différente suivant les établissements où nous avons enquêté. Certains ont commencé à utiliser les données SIIPS dans le dimensionnement des équipes lors de restructurations, d'autres, à établir un croisement entre les données de charge en soins SIIPS et celles du PMSI comme les GHM. Nous prendrons deux exemples pour illustrer notre propos.

### A) Un outil de pilotage partiel dans le CHU A

Nous avons pu relever trois démarches intéressantes dans cet établissement.

D'une part, un des cadres supérieurs de santé référent qualité dans l'établissement nous explique qu'elle a utilisé l'outil SIIPS lors de la création de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)<sup>41</sup> en 2006. Dans le cadre de ce projet, elle devait dimensionner l'équipe soignante mais aussi le personnel pénitentiaire. Elle s'est servie des niveaux de dépendance modérée, moyenne et forte de l'échelle SIIPS pour négocier ses demandes auprès de l'administration pénitentiaire « *Dans mon secteur, nous n'utilisons pas les SIIPS mais j'ai trouvé intéressant de m'appuyer sur cette cotation pour définir les besoins en personnel pénitentiaire et les argumenter auprès de l'administration pénitentiaire. C'était une démarche atypique à l'époque mais depuis l'ouverture de cette unité, nous continuons bien sûr à faire un recueil de données exhaustif* ».

D'autre part, le cadre supérieur de santé référent SIIPS pour l'établissement est responsable d'un pôle confronté en 2010 à un déficit pour lequel la direction générale a demandé un redimensionnement d'équipe « *l'utilisation de cet indicateur de charge en soins, lorsqu'il est associé à un relevé des AAS est une chance lors d'une restructuration car il permet de trancher, de faire des choix, il faut le faire vivre comme un vecteur d'objectivation, d'apaisement social... dans ce cas il faut que le CGS, le directeur des soins du site, le directeur des ressources humaines réclament ces outils et qu'ils s'en servent* ». Le redimensionnement des équipes, la mutualisation des moyens ont été facilités par l'exploitation des données SIIPS car celle-ci a objectivé les choix.

De plus, le médecin DIM affirme que l'établissement est prêt à se lancer dans la corrélation SIIPS/ GHM « *nous avons la possibilité de croiser les données SIIPS et GHM dès aujourd'hui, nous sommes en attente de la réponse de l'auditeur de logiciel. Le CGS nous aide bien dans la démarche mais il manque pour l'instant une volonté institutionnelle forte de la direction générale* ».

Enfin, un CSS responsable de pôle nous explique qu'elle commence à se servir du recueil des AAS et de son analyse pour distribuer différemment le travail « *J'ai libéré les*

---

<sup>41</sup> Les UHSI ont été créées par un arrêté du 24 août 2000 relatif à la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

*infirmières de l'unité de neurologie de certaines tâches administratives et de la gestion du téléphone pour les repositionner sur leur fonction de soins en attribuant ces tâches à une aide-soignante en difficulté physique qui ne lui permettait pas de reprendre efficacement son travail d'aide-soignante».*

#### B) Un outil de pilotage plus perfectionné dans le CH D

L'entretien mené auprès du cadre supérieur de santé référent SIIPS du centre hospitalier D nous a fait percevoir que cet hôpital est précurseur dans cette démarche.

Dès les années 1990, un logiciel intégrant les données SIIPS a été expérimenté. Après un essoufflement de la démarche, un nouveau départ a été pris en 2008. De nouveaux outils d'exploitation ont été développés : le logiciel informatique a été actualisé, le dossier de soins harmonisé. Les grilles de relevé, de lecture et le référentiel SIIPS ont été revus. Le recueil des AAS a été organisé afin de prendre en compte toute la charge de travail.

Afin de sécuriser la démarche et permettre aux équipes de s'approprier l'outil, quatre jours de formation sont proposés aux infirmiers de l'établissement chaque année.

D'autre part, une exploitation originale des résultats SIIPS et AAS a été mise au point. Celle-ci permet d'établir « *le point d'équilibre de la charge de travail* ». Cet indicateur est un ratio entre le temps disponible des soignants et le volume de soins directs, il permet :

- de mesurer l'adéquation entre « activité en soins et effectifs soignants »,
- d'identifier et d'analyser des ressources en soins déficitaires ou mutualisables,
- d'orienter les choix stratégiques en matière d'activité et d'affectation des ressources.

La démarche d'exploitation du « point d'équilibre » comprend plusieurs étapes :

- la cotation exhaustive des séjours,
- le planning infirmier et aide soignant et le calcul du présentéisme,
- les résultats des AAS actualisés.

Outre le calcul du point d'équilibre, un croisement entre les GMH et les SIIPS permet de définir les « *profils patients au regard des SIIPS* » dans chaque unité.

Ces résultats sont ensuite transmis aux référents qualité de l'établissement qui contrôlent les données, les croisent avec les scores du contrôle qualité, les compilent par pôle et les diffusent dans une « *affiche trimestrielle* » (documents en annexe 3)

Cette démarche permet de percevoir tout l'intérêt que peut représenter l'analyse des données SIIPS et leur corrélation avec les données PMSI en tant d'aide à la décision dans le contexte actuel des hôpitaux.

### 2.2.3 Vers une modélisation nationale?

En 2009, la DGOS a commandé à l'ATIH une étude sur la mesure de la charge en soins afin d'améliorer le modèle d'estimation des coûts des séjours défini par l'Etude Nationale des Coûts MCO (ENC) en affectant plus précisément les charges de personnel soignant.

L'objectif de l'ATIH était :

- d'identifier une mesure de la charge en soins, reproductible dans les établissements de santé,
- d'établir un modèle prédictif de cette charge en soins par séjour, utilisable pour les établissements de l'ENC qui ne recueilleraient pas cet indicateur.

La méthode SIIPS s'est imposée car 80% des établissements recueillant une charge en soins l'utilisent, de plus, elle est documentée et très cadrée.

Cette étude s'est déroulée dans vingt trois établissements sur les trois mois d'été.

Le recueil a été réalisé sur trois niveaux :

- les indicateurs SIIPS à recueillir par identifiant séjour et par unité de soins,
- les variables explicatives du PMSI (GHM, âge, durée de séjour, modes d'entrée et de sortie, diagnostics associés),
- douze variables explicatives complémentaires permettant de cerner l'emprise du patient sur le personnel soignant (annexe 4)

D'autre part, certains hôpitaux ont accepté de mesurer le temps de soins sur un petit échantillon de séjours, à partir du temps moyen par acte et du nombre d'actes réalisés.<sup>42</sup>

Pour l'instant, les hôpitaux partenaires ont reçu leurs résultats mais l'étude n'a pas encore été publiée. Il en résulte néanmoins qu'elle a suscité une forte attente de la part des acteurs et une mobilisation des équipes qui a permis un regain d'intérêt pour l'évaluation de la charge en soins.

## 2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses

Notre questionnement de départ : « En quoi l'utilisation d'indicateurs d'activité et de charge en soins tels que les SIIPS facilite-t-elle le redimensionnement des équipes ? » nous a conduit à la formulation de trois hypothèses de travail que nous pensons avoir validées. Néanmoins, il nous semble qu'avant d'évoquer le dimensionnement des équipes et le croisement avec les GHM, il est indispensable que l'établissement se donne les moyens de sécuriser la mise en œuvre de l'outil de charge en soins SIIPS. Le questionnement aurait donc dû être plus large et intégrer la mise en place de la méthode ainsi que la notion de pilotage et d'aide à la décision.

---

<sup>42</sup> CUSSON A, mai 2010, Chef de projet. ATIH – Service Valorisation et synthèse, « Réalisation d'une enquête terrain pour mesurer la charge en soins Relation entre SIIPS et variables PMSI + variables complémentaires », Hôpital Expo, inter médica

Les outils de charge en soins et les données PMSI ne sont pas mobilisés conjointement et mis en corrélation pour objectiver le dimensionnement des équipes.

La corrélation des données SIIPS et PMSI n'est effective que dans un établissement où elle permet d'objectiver le pilotage au quotidien des équipes soignantes, la requalification des agents en fonction de la charge de travail mais aussi le redimensionnement lors de restructurations.

Les freins ne se situent pas dans le croisement des données mais plus en amont dans la mise en place de la démarche SIIPS qui ne peut être établie qu'avec une volonté affichée de la direction des soins. Le coordonnateur des soins possède un rôle essentiel dans la promotion de la démarche auprès de la direction générale.

Le redimensionnement des équipes met en présence plusieurs professionnels aux approches différentes, ce qui nécessite de rechercher collectivement une cohérence institutionnelle

Les acteurs concernés par le redimensionnement des équipes et plus largement par l'utilisation de l'outil SIIPS dans le pilotage de l'établissement ont des intérêts différents suivant leur fonction. La recherche de la cohérence institutionnelle doit être portée par la direction des soins par une stratégie de communication qui doit intégrer les attentes de la direction générale, les directions fonctionnelles et notamment la direction des ressources humaine, le département d'information médicale, les responsables de pôles, les cadres de santé.

Le directeur des soins a des moyens d'objectivation de la charge de travail mais ne les exploite pas assez dans sa stratégie de redimensionnement

Les personnes interrogées posent toutes comme postulat de départ l'implication du directeur des soins dans la démarche. Il est la personne ressource qui va impulser la dynamique de mise en œuvre de la méthode SIIPS dans l'établissement. Il n'a donc pas *a priori* les moyens d'objectivation de la charge de travail mais *doit se donner les moyens* de les obtenir. Alors, il les utilisera dans sa stratégie de redimensionnement.

### 3 Proposer et agir : la place du directeur des soins

Depuis la mise en place de la Tarification à l'Activité en 2004, le PMSI est devenu un outil incontournable dans la gestion hospitalière et l'enquête que nous avons réalisée nous a permis d'établir l'importance d'objectiver la charge en soins dans le contexte de mouvance organisationnelle à laquelle est confronté l'hôpital aujourd'hui. Notre travail a démontré que le directeur des soins possède un rôle capital dans la mise en œuvre, l'exploitation et la pérennisation d'un outil de charge en soins comme les SIIPS dans un établissement de santé. Pour améliorer la précision des données, il est indispensable d'y adjoindre le calcul des Activités Afférentes aux Soins (AAS) dont l'analyse permettra de mettre en évidence les points forts et les opportunités d'amélioration des organisations.

Nous avons pu constater que la communication autour du sujet est un élément essentiel dans le processus, que la cohérence institutionnelle ne peut être portée que par le directeur des soins. Nous avons repéré aussi que le croisement des données du PMSI et celles de l'outil en charge en soins SIIPS ne peut être effective sans une implantation sécurisée de cet outil.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à décrire le positionnement stratégique de la direction des soins dans la communication avec les différents acteurs, puis nous détaillerons l'implantation de la méthode et sa sécurisation, enfin, nous envisagerons la corrélation des outils SIIPS et PMSI dans la gestion quotidienne des pôles mais aussi dans l'objectif des dimensionnements d'équipes.

#### 3.1 Une communication stratégique de la direction des soins

La communication est un support indispensable du management tel que le définit H MINTZBERG « *Le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essaient de la diriger ou de la guider dans ses activités* »<sup>43</sup>

Elle permet d'expliquer la politique générale de l'établissement décrite dans le projet d'établissement et le projet de soins, d'impulser une volonté institutionnelle en mobilisant les énergies. « *C'est une volonté fondamentale de la vie d'une organisation qui exige autant d'attention et de rigueur que les autres fonctions* »<sup>44</sup> La communication consiste donc en un échange d'informations entre les membres d'une même organisation.

---

<sup>43</sup> MINTZBERG H, 1982, « *Structure et dynamique des organisations* », Editions d'Organisation, Paris,

<sup>44</sup> NIZARD G, 1994, « *L'hôpital en turbulence* », Edition Privat, Paris, p 128

La stratégie de communication du directeur des soins à propos de l'outil de recueil de charge en soins doit s'adresser à la fois aux équipes dirigeantes et aux équipes soignantes.

### **3.1.1 Communication avec la Direction Générale et les équipes de direction**

Nous avons repéré dans nos entretiens que la réussite du projet, la pérennisation de l'outil et l'exploitation de l'outil SIIPS comme outil de pilotage au même titre que les données PMSI dans l'établissement dépend du degré d'implication de la direction.

En effet, la décision finale de donner les moyens de l'exploitation des données de charge en soins à l'établissement découle de la politique générale de l'hôpital. Le directeur des soins est membre de l'équipe de direction et se situe donc comme un manager stratégique pour la réalisation des projets à moyen et long terme. Dans ce cadre, la communication autour de l'intérêt d'une méthode d'évaluation de la charge en soins doit donc prendre la forme d'une interaction, une anticipation et d'un dialogue constructif. Le directeur des soins doit développer des arguments expliquant tout l'intérêt que peut prendre cet outil comme aide à la décision dans les projets de restructuration et dans la gestion quotidienne des pôles.

### **3.1.2 Communication avec les responsables de pôle et les équipes soignantes**

Le recueil de charge en soins est fait par les équipes soignantes au plus près du patient. Pour que ce recueil soit exhaustif, il est donc essentiel d'impliquer ces soignants dans la démarche, de développer un langage commun et de donner du sens à l'action. *« Expliquer, c'est se donner une chance de partager des références communes de comportement. Les termes en « co » dont le premier est la communication : consensus, consultation, cohésion, convivialité....sont l'oxygène indispensable de la vitalité de l'organisation ».*<sup>45</sup>

La communication avec les soignants est à organiser directement par des réunions, des informations institutionnelles, mais aussi, et surtout, par l'intermédiaire de l'encadrement des pôles. Le rôle des cadres de proximité dans l'exhaustivité du recueil est majeur car, se situant au plus près du terrain, ils sont en relation quotidienne avec les soignants pour repérer les difficultés, les résistances et expliquer l'intérêt de la méthode. Il est indispensable qu'ils soient convaincus de l'intérêt de la démarche.

D'autre part, au niveau institutionnel, le directeur de soins va informer les instances, les partenaires sociaux afin de recueillir les réactions, localiser les oppositions et adapter les réponses à la réalité du terrain.

---

<sup>45</sup> NIZARD G, *ibid.* p 133

Les outils de communication doivent être choisis en fonction du public concerné afin d'être concrets, de donner du sens et de la cohérence au projet. De même, le plan de communication doit être défini en amont afin de développer l'intérêt collectif et améliorer l'efficacité du recueil.

### 3.1.3 Une implication des différents partenaires

Pour mener ce projet, pérenniser l'outil de charge en soins mais aussi l'exploiter efficacement en tant qu'outil de pilotage, il est nécessaire que le directeur des soins cherche à impliquer ses différents partenaires. En effet, le management stratégique du directeur des soins est associé à un management opérationnel qui lui permet de rendre son action efficace au sein de l'établissement.

Dans le cadre de ce projet, le directeur des soins va collaborer avec :

- l'équipe médicale par l'intermédiaire des chefs de pôles et du président de la CME,
- le département d'information médicale,
- les directions fonctionnelles et notamment la direction des ressources humaines et la direction informatique,
- les responsables paramédicaux des pôles et les cadres soignants.

*« Pour ce qui concerne l'implication, elle met l'accent sur une relation tissée entre les personnes et leur travail, en temps réel. L'implication n'exclut ni la motivation, ni la satisfaction, la personne s'implique parce qu'elle trouve un intérêt dans son travail. Elle résulte de la relation entre la personne et son contexte, relation qui loin d'être figée, devient œuvre de construction individuelle. »<sup>46</sup>*

Le directeur des soins va repérer l'intérêt de chacun des interlocuteurs pour adapter sa communication et impulser une dynamique qui leur permettra de s'impliquer dans la démarche.

La stratégie de communication est à définir dès l'implantation du projet pour faciliter l'implication de chacun, néanmoins, elle sera à évaluer, à modifier en fonction des résultats obtenus afin de mettre à profit le travail des partenaires les plus réactifs et d'exploiter toutes les opportunités qui se présentent pour améliorer l'implication des autres professionnels dans le projet.

La mise en place d'un comité de pilotage structuré par le directeur des soins va permettre d'impliquer ces différents interlocuteurs et de donner une dimension institutionnelle à la démarche. A ce comité de pilotage, le directeur des soins adjoindra un comité technique animé par un cadre supérieur de santé intéressé par la démarche qu'il aura nommé référent institutionnel du projet SIIPS. Plus élargi que le comité de pilotage, comptant environ neuf à dix personnes dont des cadres supérieurs, des cadres de santé, un

---

<sup>46</sup> GASTE MC, opus cité p 54



représentant de la direction informatique, un médecin du DIM, le comité technique a pour mission de monter les projets, d'organiser les contrôles qualité et de rendre compte au comité de pilotage. Comme l'objectif est, à terme, de croiser les données PMSI et SIIPS, il serait intéressant que le médecin du DIM coanime ce groupe de travail.

## **3.2 Une implantation sécurisée des indicateurs SIIPS**

Lors de notre enquête, tous nos interlocuteurs ont insisté sur la sécurisation de la fiabilité de la méthode. De celle-ci dépend la possibilité d'utiliser les SIIPS comme outil de pilotage dans des projets à moyen terme et comme outil de gestion quotidienne des unités dans les pôles. La mise en place et le suivi de la méthode SIIPS doit faire partie du projet de soins afin que les objectifs soient clairs et permettent une sensibilisation efficace des acteurs concernés. Elle ne peut s'envisager sans la participation active des professionnels infirmiers et les cadres de santé qui déclineront les objectifs et la mise en œuvre dans les pôles d'activité. Le comité technique va prendre une part essentielle dans ce travail d'implantation sécurisée de la méthode dont il sera la cheville ouvrière.

Nous allons porter notre attention sur trois points : le système informatique, la formation des personnels à la méthode et la rigueur du recueil.

### **3.2.1 Un système informatique performant**

Dans un premier temps, toutes les personnes interviewées insistent sur l'importance d'un outil informatique performant pour recueillir efficacement les résultats, les exploiter avec les cadres et s'en servir comme un outil de pilotage et de gestion quotidienne. Elles signalent aussi les difficultés d'intégrer l'outil SIIPS aux logiciels du dossier patient existant sur le territoire français.

Il est absolument indispensable que le directeur des soins collabore avec la direction informatique de l'établissement pour définir les besoins, répertorier les difficultés et agir sur les auditeurs de logiciels pour améliorer le recueil et l'analyse des données. La participation des cadres supérieurs responsables de pôle et des cadres de santé à ce travail est essentielle car ils sont au plus près du terrain et peuvent expliciter très précisément les difficultés. De plus, cette collaboration permet de les impliquer davantage dans la démarche.

Comme ces contraintes semblent partagées par plusieurs établissements, il nous semble opportun d'établir une coopération entre ces différents hôpitaux afin d'établir les besoins d'une manière très précise et d'être en position de force pour les relayer auprès des fournisseurs.

### **3.2.2 La formation des personnels à la méthode**

Afin de limiter les biais dans le recueil des données, le personnel soignant, et notamment toutes les équipes infirmières de l'établissement, doit être formé à la méthode. D'autre part, nous avons établi que les cadres de santé sont des acteurs incontournables dans le recueil des données mais qu'ils peuvent être des freins au développement de cet outil par méconnaissance de la méthode et de l'intérêt qu'ils peuvent y trouver dans la gestion quotidienne des unités de soins. Il est indispensable, dans un premier temps, de mettre en place une formation large pour leur permettre de s'affranchir de ces difficultés.

Le rôle du directeur des soins est double dans l'organisation de cette formation :

Dans un premier temps, il doit définir les besoins en formation des personnels et obtenir des moyens pour mettre en place une formation réalisée par des experts extérieurs à l'établissement. Pour organiser cette formation, il peut s'appuyer sur « le club des utilisateurs de la méthode SIIPS ». En effet, une des missions de ce club est d'organiser des échanges de réflexion et d'expériences entre les utilisateurs de la méthode afin de la mettre en place et la développer dans les établissements.<sup>47</sup>

Ensuite il va repérer, par l'intermédiaire du cadre supérieur référent SIIPS dans l'établissement et des cadres supérieurs responsables de pôle, des cadres de santé intéressés qui pourront faire partie d'un groupe de référents formés par ces intervenants extérieurs. Ces cadres de santé seront les promoteurs de la démarche dans les unités et participeront aux sessions de formation. Dans un second temps, ces groupes pourront s'ouvrir à des infirmières particulièrement investies dans les unités.

Pour sécuriser la méthode, l'explicitier et la faire vivre dans l'institution, ces formations sont à renouveler chaque année.

### **3.2.3 Une rigueur dans le recueil des données**

Tous les acteurs sont unanimes pour expliquer que les données obtenues lors du recueil dans les unités ne sont exploitables comme outil de pilotage que lorsqu'elles sont fiables et ont fait l'objet de vérifications précises. D'ailleurs, la deuxième édition du guide méthodologique de la méthode SIIPS<sup>48</sup> explicite la réalisation des contrôles qualité.

Pour sécuriser la démarche, le directeur des soins va veiller à mettre en place ces contrôles qui doivent être de deux ordres :

---

<sup>47</sup> DICK- DELALONDE C, MALLET M, PISTRE F et al, 2007, opus cité p 171

<sup>48</sup> Ibid.

Dans l'unité de soins, le cadre de santé va réaliser avec son équipe un autocontrôle régulier d'un dossier lors des transmissions et un contrôle à distance de quelques dossiers.

Au niveau de l'établissement, des cadres vont être formés à l'audit et constituer un groupe de référents qualité qui contrôlera les dossiers une fois par an. Ce groupe va être divisé en binômes qui se déplaceront dans les unités de soins extérieures à leur terrain d'exercice.

Le guide méthodologique propose d'auditer environ cent dossiers de patients sortis à distance du contrôle. Ces dossiers sont tirés au sort.

Dans un premier temps, pour sécuriser ces contrôles, il nous semble judicieux d'effectuer un contrôle qualité de cinq à dix dossiers de patients sortis dans toutes les unités. Ce contrôle qualité consiste à attribuer une cotation a posteriori sans connaissance de la cotation initiale et à analyser les écarts. Il doit permettre d'identifier et de comprendre les différences éventuelles dans chaque fonction de soins, soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducatifs. S'il existe des écarts, il est important de distinguer les erreurs de cotation au manque de traçabilité du dossier de soins.

Il est indispensable de diffuser l'information et de faire rapidement des retours « pédagogiques » vers les équipes soignantes. Nous proposons que le binôme réalise le contrôle des dossiers le matin, rende compte au cadre et décide avec lui du retour à l'équipe dès le début d'après-midi. En effet, le cadre de santé peut souhaiter se servir de ces résultats pour accentuer une démarche d'amélioration de la qualité des soins dans un domaine précis qu'il a déjà repéré dans l'unité. Se mettre d'accord avec le cadre et proposer des réajustements cohérents avec son travail managérial lui donne une possibilité supplémentaire de s'impliquer dans la démarche. Le retour à l'équipe doit lui permettre de s'approprier les résultats pour progresser sans se sentir accusée de réaliser un travail de mauvaise qualité.

### **3.3 Une mise en œuvre de la corrélation des données SIIPS et PMSI**

Dans notre enquête, nos interlocuteurs estiment que l'exploitation de l'indicateur de charge en soins SIIPS associé au calcul des AAS comme clé de ventilation de la charge infirmière lors du séjour d'un patient et comme outil de pilotage de l'établissement est pertinent. D'autre part, nous avons vu dans notre expérience professionnelle que la seule utilisation des données PMSI dans le redimensionnement des équipes soignantes lors de restructurations peut être source d'inéquité entre les unités. Nous pouvons affirmer que la corrélation entre les données de ces deux indicateurs PMSI et SIIPS apporte une plus value dans le pilotage de la structure.

En travaillant avec les directions fonctionnelles concernées, comme le DIM et la direction informatique, le directeur des soins peut impulser une dynamique positive favorisant ce croisement de données dans la gestion quotidienne des pôles mais aussi lors de redimensionnement d'équipes soignantes.

### **3.3.1 Un travail en collaboration avec le DIM et la direction informatique**

Nous avons déjà expliqué que le travail en collaboration avec les médecins du Département d'Information Médicale (DIM) et avec les responsables de la direction informatique est un pré-requis indispensable pour le directeur des soins dans sa stratégie d'implantation et de suivi de l'outil SIIPS. Nous avons explicité aussi la stratégie de communication qu'il doit déployer envers ces interlocuteurs. Cette coopération doit permettre d'élaborer des outils informatiques performants permettant un croisement pertinent des données. Les échanges entre les différents professionnels composant le comité technique vont offrir la possibilité d'une granularité plus fine dans l'analyse et des requêtes informatiques plus adéquates afin d'obtenir des tableaux de bord exploitables très rapidement. Corrélé avec les GHM, l'indicateur de charge en soins SIIPS devient alors une aide véritable à la décision.

Pour mettre au point ces outils, il nous semble intéressant de nous appuyer sur des expériences extérieures dans des établissements plus avancés dans ce travail afin de bénéficier de leur expérience. Le club des utilisateurs de la méthode SIIPS peut aussi apporter son aide et faire profiter l'établissement de son expertise.

### **3.3.2 Une attention particulière à la gestion quotidienne des pôles....**

D'une part, l'exploitation des tableaux de bord précise la charge en soins par les données SIIPS, la charge de travail si on y ajoute les AAS, la mesure de l'activité par les données PMSI. D'autre part, l'analyse de la corrélation entre ces données présente objectivement les niveaux de charge de travail des soignants en fonction des pathologies rencontrées dans les unités. Elle donne la possibilité de connaître et d'objectiver la charge en soins d'un patient en fonction de sa pathologie. La gestion à court terme des personnels dans les pôles, la mutualisation des ressources humaines entre les unités du pôle par exemple, s'en trouve facilitée.

La diffusion de ces tableaux de bord doit être effective et rapide afin que les responsables des pôles puissent en prendre connaissance, se rendre compte de leur intérêt et les utiliser dans la gestion quotidienne. Une affiche trimestrielle récapitulant les différents chiffres d'activité, les profils patients et la charge en soins nous paraît être une solution satisfaisante.

### **3.3.3 ....Et aux redimensionnements d'équipes**

Dans un second temps, à moyen terme, ces tableaux de bord vont donner l'opportunité aux responsables de pôle de requalifier, si besoin, les équipes soignantes en fonction de la charge de travail observée dans les unités : là où, par exemple, la lourdeur des soins techniques est importante, il faudra se poser la question du ratio infirmier - aide-soignant. Enfin, l'utilisation de ces tableaux de bord lors de projets de restructurations ou de projets innovants amenant à réfléchir sur le dimensionnement des équipes soignantes va apporter une équité entre les équipes car la mesure de la charge de travail s'ajoute à celle de l'activité et au dossier médico-économique comme outil d'aide à la décision.

L'accompagnement du directeur des soins dans cette démarche est indispensable pour prouver aux responsables l'intérêt de ce travail mais aussi pour susciter l'intérêt chez les responsables de pôle et les équipes soignantes.

## Conclusion

Aujourd'hui, le monde hospitalier est contraint de faire face à des restrictions budgétaires importantes. Dans ce contexte économique difficile, son mode de financement a été profondément modifié par une réforme basée sur une logique de résultats : la tarification à l'activité. Ce nouveau mode de financement transforme la stratégie développée par les établissements de santé qui doivent aujourd'hui prendre en compte leur activité avant de programmer leurs dépenses

Dans cet environnement, les établissements de santé doivent s'interroger sur leurs missions de santé et faire des choix dans les activités sur lesquelles ils vont s'investir. Les options qu'ils prennent se traduisent alors par des objectifs à atteindre en termes de performance dans les domaines des activités, des coûts, de la qualité et de l'organisation interne.

La gestion à l'hôpital devient l'affaire de tous. La maîtrise des dépenses et la tarification à l'activité obligent tous les acteurs à une réflexion sur les finalités, les résultats et les limites de leurs actions et favorisent le développement d'indicateurs d'activité. Le financement de l'hôpital s'appuie sur les indicateurs du PMSI et notamment les Groupes Homogènes de Malades (GHM), néanmoins, le soin étant l'orientation première de l'hôpital, la prise en compte d'un indicateur de la charge en soins comme outil stratégique de management permet une objectivation et une aide à la décision plus pertinente.

L'enquête sur le terrain, dans des établissements utilisant l'indicateur d'activité de charge en soins SIIPS, nous a montré que les freins à cette démarche ne se situent pas dans le croisement des données mais plus en amont dans la mise en place de cette démarche SIIPS. Celle-ci ne peut être effective qu'avec une volonté affichée de la direction des soins qui joue un rôle essentiel dans la promotion de l'outil auprès de la direction générale. La recherche de la cohérence institutionnelle doit être portée par la direction des soins qui doit définir une stratégie de communication intégrant les attentes de la direction générale et des différents acteurs concernés. Un partenariat constructif avec l'équipe médicale du DIM est un levier essentiel pour une objectivation plus fine de l'activité.

Par ailleurs, l'enquête nationale diligentée par l'ATIH sur la pertinence du croisement des données SIIPS et PMSI dans des établissements utilisant cet outil témoigne de l'intérêt du ministère de la santé et des tutelles qui cherchent à mieux comprendre l'impact de la charge en soins dans le coût d'une hospitalisation. La réalisation de cette enquête, avant toute restitution des résultats, a déjà permis de remobiliser les acteurs de terrain vers une amélioration de la prise en compte de ces données.

L'implication du directeur de soins dans l'exploitation d'un outil de charge en soins comme outil de pilotage de l'établissement en complément des données PMSI est essentielle.

En effet, évaluer la charge en soins, la faire corréler avec les données du PMSI pour les comparer avec les chiffres de l'activité c'est avoir le souci de l'équité, de la qualité, de la sécurité et de la rationalisation des dépenses de santé.

Un des enjeux principaux de notre profession, bien explicité dans son appellation « *directeur des soins* », n'est-il pas de donner du sens à l'activité soignante et de rendre compte mais aussi d'améliorer son efficience ?

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, texte n°15, 7626-7649

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, journal officiel 0167 du 22 juillet 2009,12184

MINISTERE DE L'EMPLOI ET LA SOLIDARITE, Décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°95 du 23 avril 2002, 7187-7191

DIRECTION DES HOPITAUX, 1987, Les soins Infirmiers et la charge de travail, *Guide du Service Infirmier n° 2*, série « organisation et gestion du service infirmier » n°87/29 bis, Paris

DIRECTION DES HOPITAUX, février 1995, *Méthode pour mesurer les autres activités afférentes aux soins*, Paris,

## Ouvrages

ABBAD J, 2001, « *Organisation et management hospitalier* », Paris, Editions Berger-Levrault, 417 p

ALECIAN S, FOUCHER D, 2002, « *Le management dans le service public* » 2<sup>ième</sup> édition, Paris, Editions d'organisation, 446 p

BEAUGHON MC, DICK- DELALONDE C, PISTRE F et al, 1999, « *La méthode SIIPS, les indicateurs d'activité en soins infirmiers* », Vélizy, Editions Lamarre, 102 p

DICK- DELALONDE C, MALLET M, PISTRE F et al, 2007, « *La méthode SIIPS, les indicateurs d'activité en soins infirmiers* », 2<sup>ième</sup> édition, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 198 p

IMBERT J, 2007, « *Les tableaux de bord RH. Construire, mettre en œuvre et évaluer le système de pilotage* », Paris, Editions d'organisation, 182 p

IRIBARNE P, 2003, « *Les tableaux de bord de la performance. Comment les concevoir, les aligner et les déployer sur les facteurs clés de succès* », Paris, Editeur Dunod, 239 p

LORINO P, 2003, « *Méthodes et pratiques de la performance* », Paris, Editions d'organisation, 552 p



MINTZBERG H, 1982, « *Structure et dynamique des organisations* », Paris, Editions d'Organisation, 434 p

NIZARD G, 1994, « *L'hôpital en turbulence* », Edition Privat, Paris, 183 p

### **Articles de périodiques**

ANASTASY C, janvier 2010, Enjeux et stratégie, *Les cahiers hospitaliers*, n°263 p7

BEAUGHON MC, mars 1999, « Les SIIPS, instrument de la promotion e la profession ». *Objectif Soins*, n°73, pp36-37

CHEROUTRE-BONNEAU S, février 1998, « La production de soins, un enjeu managérial », *Gestions Hospitalières*, n°373, p 95

CLAVERANNE JP, PASCAL C, octobre 2005, « T2A et gestion hospitalière : la physiologie du changement », *Gestions Hospitalières*, n°449, p 609-613

DESCHLER C, décembre 2001, « Visualiser l'activité infirmière : un enjeu de taille pour le service infirmier ». *Objectif Soins*, n°100

FAUJOUR V, octobre 2005, « Triviale poursuite de la tarification à l'activité », *Gestions Hospitalières*, n°449, p 598-599

GARNIER G, CALLEJA M, LESTEL AM, octobre 2006, « Les SIIPS, un outil de management qualitatif et quantitatif au quotidien des pôles », *Gestions Hospitalières*, n°459, p 582-586

GARNIER G, CALLEJA M, LESTEL AM, avril 2007, « Les SIIPS, un outil pour évaluer la charge de travail au quotidien », *Objectifs Soins*, n°155, pp 24-30

JANVIER E, BIRLENBACH S, LEMOINE M, février 1998, « Réorganiser un hôpital pour améliorer sa performance », *Gestions Hospitalières*, n°373, p 96-98

LE LUYER B, ESTRIER B, VOISARD Fet al, mars 1999, PMSI : étude de coût par pathologie dans un service de pédiatrie générale, quelle utilisation pour les soignants ? ». *Objectifs Soins*, n°73, pp II-VI

MESTRE MJ, SOUID P, août/septembre 2002, « Mise en place des SIIPS et répercussions sur le dossier de soins », *Objectifs Soins*, n°108, pp II-VI

NADOT M, juin 2003, « Mesure des prestations soignantes dans le système de santé », *Recherche en soins infirmiers*, n° 73 pp116-122

PARMANTIER C, DEVAUX V, BONGAIN F et al, mars 1999, « L'évaluation de la charge en soins infirmiers : une démarche au service des soignants et des soignés ». *Objectifs Soins*, n°73, pp X-XII

SERRE O, SIGNAC F, novembre 2007, « Elaboration de tableaux de bords : une ardente obligation » *Gestions Hospitalières*, n°470, p 638-642

SIOUFFI P, MALLET M, PASCAL L, janvier 2001, « Evaluation de la charge en soins en hospitalisation à domicile », *Gestions Hospitalières*, n°402, p 26-28

STEVEDART E, JOVIC L, mars 1999, « Etude de la charge en soins infirmiers et des coûts en réanimation médicale : comparaison des indicateurs SIIPS et PRN ». *Objectifs Soins*, n°73, pp VII-IX

TARIGHT N, HUGUENET D, MESTRE MJ et al, juin/juillet 2003, « Indicateurs SIIPS et PMSI en court séjour », *Gestions Hospitalières*, n°430, p 451-454

TEREANU C, PISTRE F, LAIR ML et al, novembre 2007, « Soins infirmiers individualisés à la personne soignée, projet pilote en Roumanie », *Gestions Hospitalières*, n°470, p 666-670

ZIMMERMANN JF, décembre 2009, « Direction des soins : indicateurs de gestion de la performance », *Objectif Soins*, n°181, pp24-27

### **Thèses**

TEIL A, 2002, « *Défi de la performance et vision partagée des acteurs* », Doctorat es sciences de gestion, Université de Lyon 3, 414 p

TRILLING L, 2006, « *Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage des ressources humaines mutualisées en milieu hospitalier* », Doctorat es génie informatique, Institut national des sciences appliquées de Lyon, 238 p

### **Mémoires**

BARAT S, 2008, « *L'apport du tableau de bord au pilotage stratégique d'un établissement de santé : l'exemple de l'hôpital Saint Antoine (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris)* », Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. 71 p

BUISSON T, 2008, « *Le Tableau de bord : instrument de pilotage de la performance pour le directeur des soins* » Mémoire EHESP de Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. 43+XI p

GASTE MC, 2004, « *Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins : mythe ou réalité ?* », Mémoire ENSP de Directeur des Soins, Ecole Nationale de Santé Publique. (ENSP) Rennes. 79 p

LHOMME Y, 2006, « *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse* », Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. 77p

### **Sites internet**

[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr) visité le 30 juin 2010

COLLECTIVITE AUTEUR Directeurs des soins et conseillers techniques en soins, janvier 2009, *Recommandations pour apprécier les besoins en personnels paramédicaux*, , 48 p disponible sur le site <http://www.infirmiers.com>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance> visité le 05/07/10

[www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/) visité le 20 juillet 2010

[wikipedia.org/Programme\\_de\\_médicalisation\\_des\\_systèmes\\_d'information](http://wikipedia.org/Programme_de_médicalisation_des_systèmes_d'information) visité 30/06/10

## **Rapports**

ANAES, mai 2002, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux*, Paris, 39 p

GRAPHOS, FEHAP, « *Le tableau de bord de la performance en soins de suite et de réadaptation* »

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles, janvier 2005, « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé* », Paris, 40 p

## **Conférences, cours**

COQUAZ C, novembre 2009, « *présentation de l'étude nationale : mesure de la charge en soins* », Journée Régionale des Cadres de Santé. Dijon, disponible sur le site :

[bourgogne.sante.gouv.fr](http://bourgogne.sante.gouv.fr), visité le 9 février 2010.pdf

CUSSON A, mai 2010, Chef de projet. ATIH – *Service Valorisation* et synthèse, « *Réalisation d'une enquête terrain pour mesurer la charge en soins Relation entre SIIPS et variables PMSI + variables complémentaires* », Hôpital – expo Inter Médica, Portes de Versailles, disponible sur le site:

[www.hopitalexpo.com/ForumFHF/.../A3\\_3\\_HOLLA\\_HOUSSEYNI.pdf](http://www.hopitalexpo.com/ForumFHF/.../A3_3_HOLLA_HOUSSEYNI.pdf), visité le 26/06/10

LEDOYEN JR, 2009, *cours de préparation au concours de directeurs des soins*, Europe Management, Paris

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : La méthode SIIPS	p III
ANNEXE 2 : Guide d'entretien	p V
ANNEXE 3 : Exemple d'exploitation des données au centre hospitalier D	p VII
ANNEXE 4 : Variables explicatives complémentaires de l'enquête ATIH	p XIII

## METHODE S.I.I.P.S.

14 besoins fondamentaux	8 groupes de soins	3 Types de soins (Fonctions)	Coef.		Niveaux de dépendances	Niveaux de soins
Boire et manger	Alimentation	<b>SOINS DE BASE</b>	1	2 groupes de soins : →	Indépendance	Autonomie
Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Locomotion Mobilisation		4		Dépendance modérée	Aide ponctuelle
Respirer - Eliminer	Elimination		10		Dépendance majeure	Aide permanente
Dormir et se reposer Se vêtir et se dévêtir Maintenir la température Etre propre et protéger ses téguments	Hygiène et confort		20		Dépendance totale	Suppléance totale
	Diagnostic médical	<b>SOINS TECHNIQUES</b>	1	Prédominance →	Soins légers	
			4		Soins courts	
	Thérapeutique		10		Soins lourds ou courts, légers et répétés	
			20		Soins très lourds	
Communiquer Agir selon ses croyances et valeurs- S'occuper en vue de se réaliser - Se divertir	Relation	<b>SOINS RELATIONNELS et EDUCATIFS</b>	1		Indépendance	Autonomie
			4		Dépendance modérée	Aide ponctuelle
		10	Dépendance majeure		Aide permanente	
Eviter les dangers Apprendre	Education	20	Dépendance totale		Suppléance totale	

## ANNEXE 2

### GRILLE D'ENTRETIEN

*Les outils de charge en soins et les données PMSI ne sont pas mobilisés conjointement et mis en corrélation pour objectiver le dimensionnement des équipes.*

- Quels sont les indicateurs utilisés dans l'établissement : les indicateurs PMSI, les outils de charge en soins?
- Quelle corrélation entre ces indicateurs ?
- Les indicateurs de charge en soins sont-ils corrélés avec les GHS ? Si oui dans quel but ?
- Dans quel but et comment sont-ils utilisés ?
- Pourquoi et comment utilisez-vous un indicateur d'activités de soins tel que les SIIPS ?
- Quelle est l'utilisation de ces indicateurs dans le dimensionnement des équipes ?

#### **Questions de relance**

- Est-il indispensable de faire un recueil exhaustif ?
- Une enquête flash suffirait-elle ?
- Comment valoriser l'activité de soins ?

*Le redimensionnement des équipes met en présence plusieurs professionnels aux approches différentes, ce qui nécessite de rechercher collectivement une cohérence institutionnelle*

- Quels sont les acteurs mobilisés lors d'une démarche de dimensionnement des équipes ?
- Quelles sont les relations entre les différents acteurs : directeur des soins, directeur des ressources humaines, médecin en charge du département d'information médicale, responsables de pôles ?
- Existe-t-il une dynamique collective dans l'institution ? Existe-t-il une procédure (un protocole) institutionnel formalisé auquel se réfèrent les différents acteurs dans le cadre d'une démarche de dimensionnement ?
- Comment se font les affectations dans le pôle ?
- Quels sont les indicateurs pertinents pour chacun au regard des contrats de pôle,
- Quelle utilisation des tableaux de bord et de ces indicateurs par chacun des acteurs : Médecins, CSS de pôle, DRH,

- Porter un regard sur le système d'information hospitalier : qualité, sécurité, disponibilité des ressources

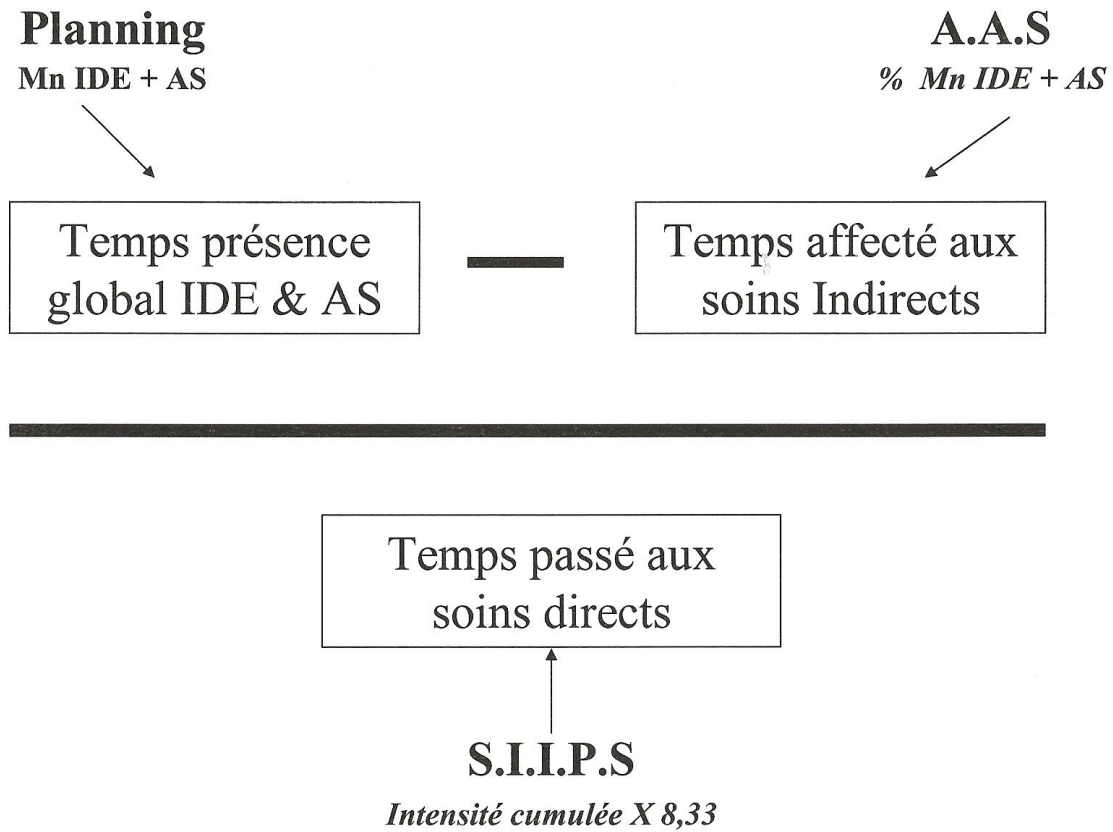
*Le directeur des soins a des moyens d'objectivation de la charge de travail et ne les exploite pas assez dans sa stratégie de redimensionnement*

- Comment objectiver-vous la charge en soins ?
- Utilisez-vous des indicateurs dans le cadre d'une démarche de redimensionnement des équipes ? si oui lesquels ?, (dans le cas où ils seraient différents de ceux évaluant la charge en soins)
- Quels outils utilisez-vous s'il n'existe pas d'outil de charge en soins ?

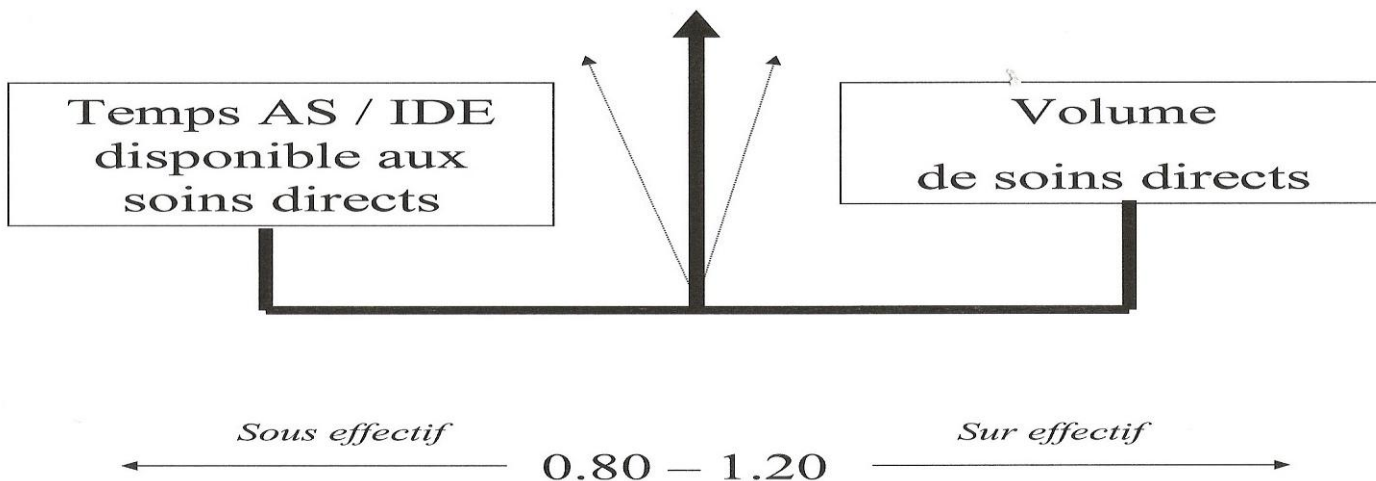
### ANNEXE 3

#### Exemple d'exploitation des données au centre hospitalier D

#### Le point d'équilibre de la charge de travail : un calcul



#### Le point d'équilibre de la charge de travail : un ratio





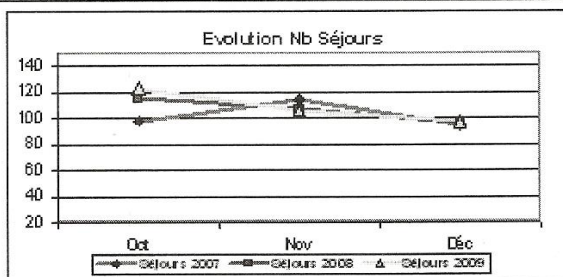
## Affiche Trimestrielle d'Exploitation SIIPS

Service : DIABETOLOGIE

4° Trimestre 2009

2009	Oct	Nov	Déc	4°trim
------	-----	-----	-----	--------

SIIPS Moyen GB	1,99	2,25	3,95	2,73
SIIPS Moyen ST	6,87	5,26	5,72	5,96
SIIPS Moyen GRE	9,04	8,77	8,16	8,66
SIIPS Total	17,9	16,31	17,83	17,35
Inl. Cumulée GB	1123	1098	2113	4334
Inl. Cumulée ST	3880	2586	3061	9527
Inl. Cumulée GRE	5109	4288	4363	13760
Inl. Cumulée Totale	10112	7972	9537	27621



Nb Séjours SIIPS

	Oct	Nov	Déc	4°Trim
Séjours 2007	98	114	95	
Séjours 2008	115	107	96	
Séjours 2009	123	106	97	326

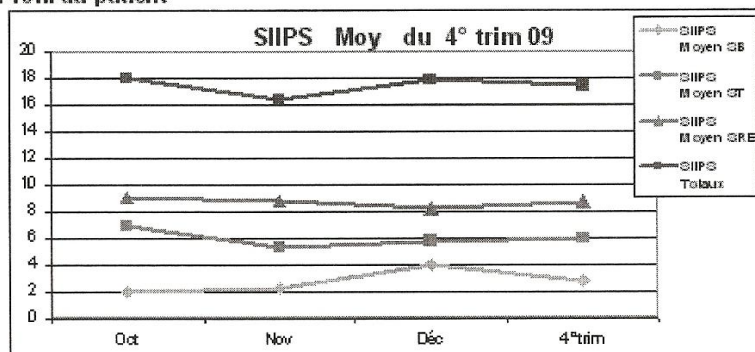
Nb Séjours réels 2009

	Oct	Nov	Déc	4°Trim
	120	107	95	322

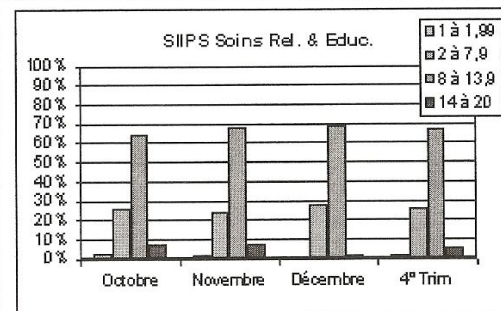
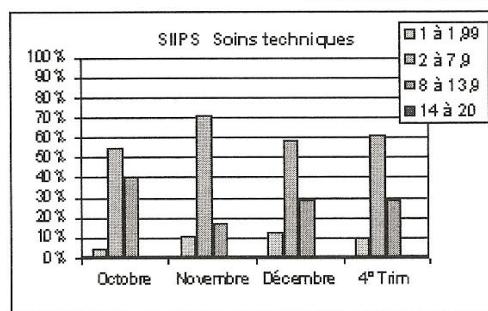
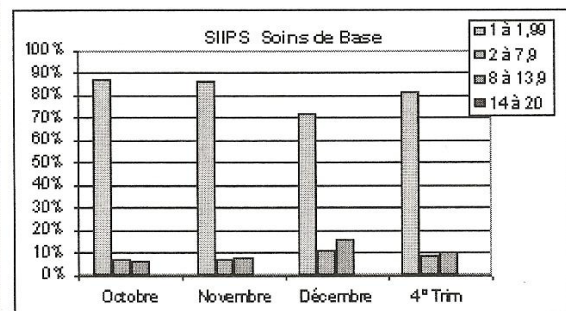
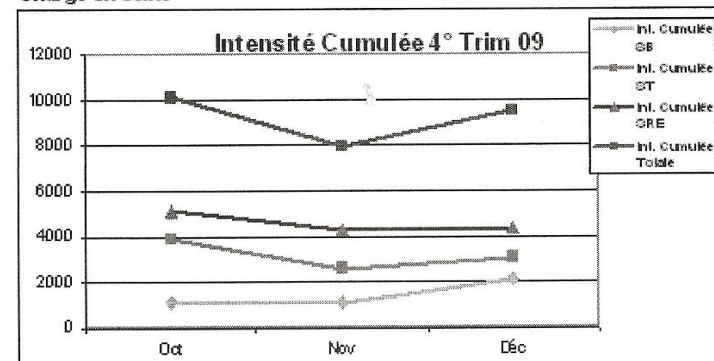
% Exhaustivité

	Oct	Nov	Déc	4°Trim
	102,5	99,07	102,1	101,2

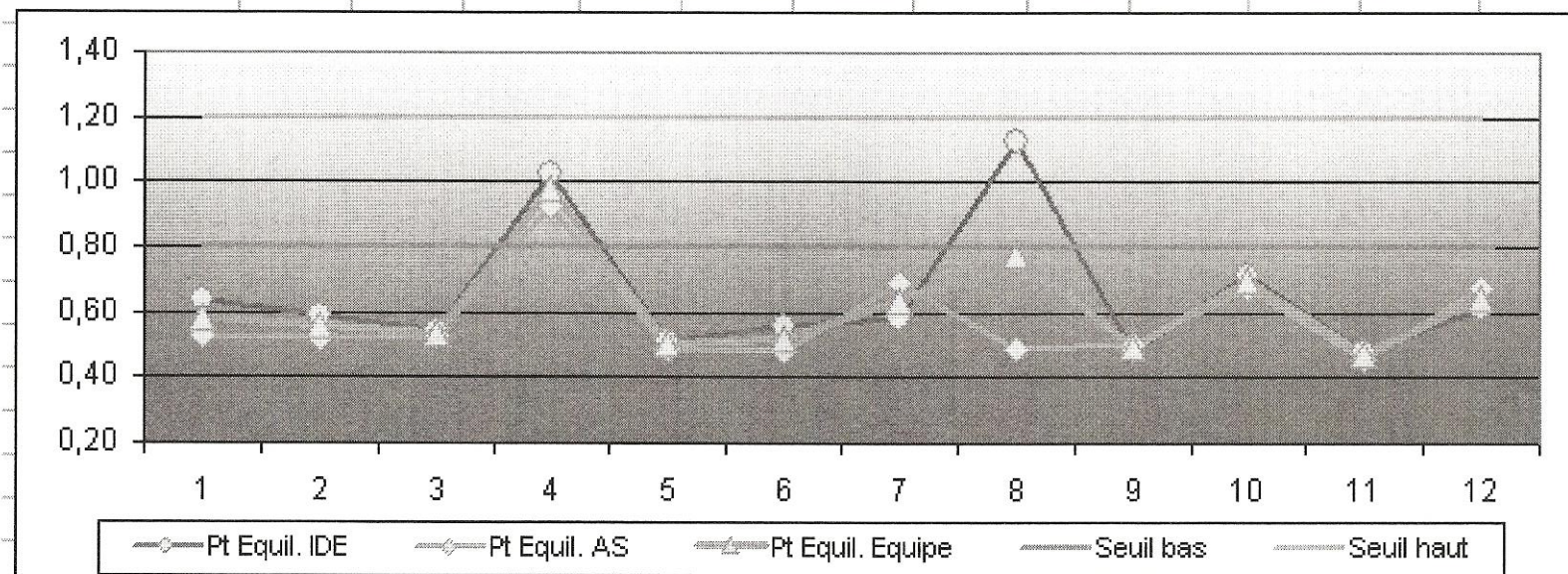
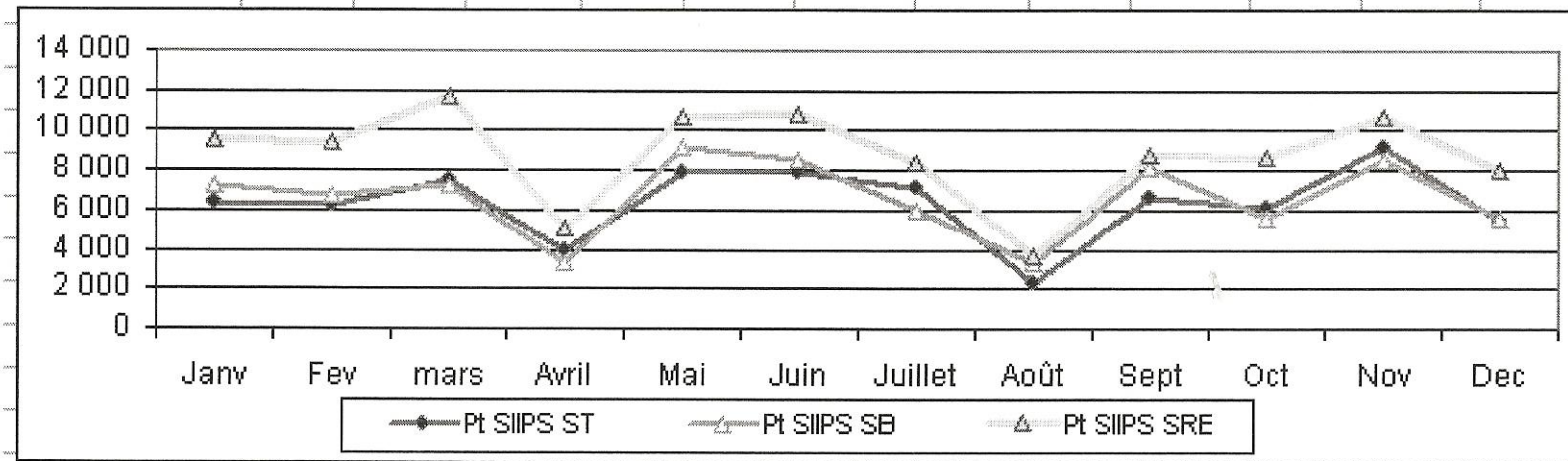
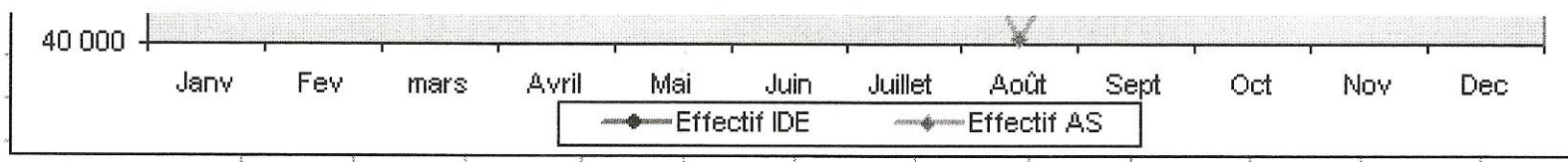
## Profil du patient



## Charge en soins



# Extrait de courbe (2007)

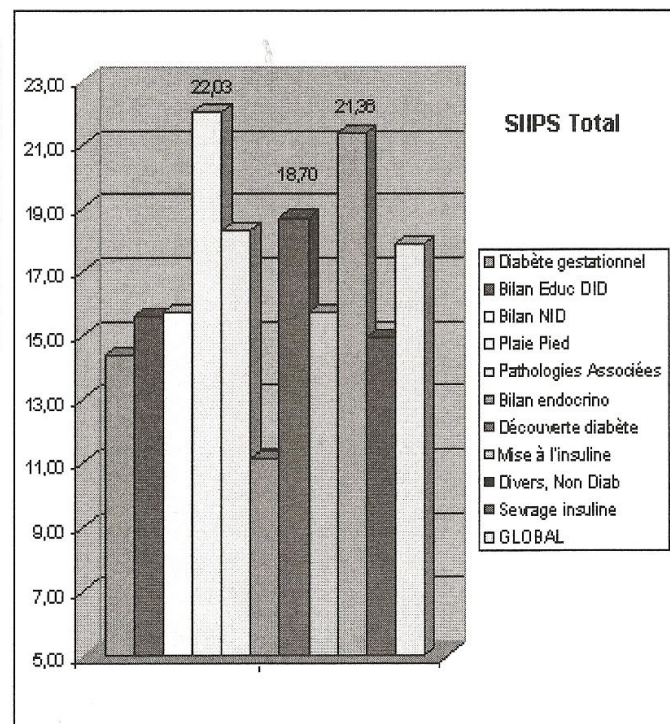
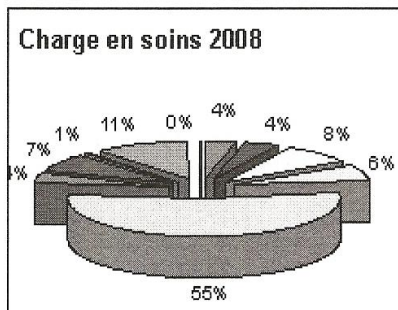
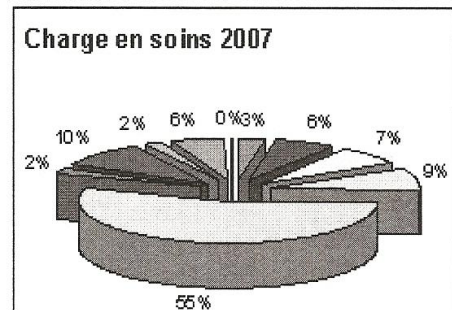
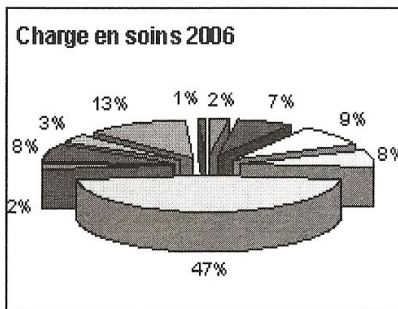
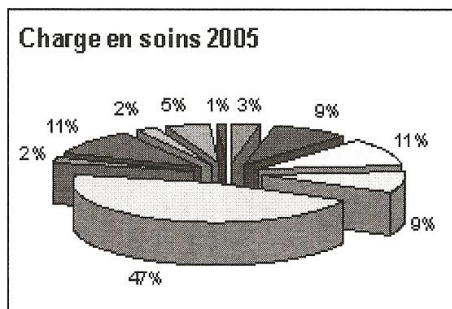


Extrait de courbe

### Analyse des profils patients au regard des SIIPS

Nb Séjours					DMS					Intensité cumulée (Points)					SIIPS Global					
2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008	Moy. P	
				30-sept					30-sept						30-sept					
69	55	67	52	243	4,07	3,58	3,19	3,63	0	3 987	2 802	2 997	2 900	14,19	14,22	14,00	15,34	14,39		
111	97	90	50	348	5,94	5,74	4,69	4,42	1	10 749	8 367	6 387	3 559	16,31	15,02	15,14	16,10	15,62		
124	113	94	97	428	6,63	6,52	5,04	4,33	2	12 709	11 383	7 368	6 968	15,46	15,46	15,54	16,59	15,73		
30	21	28	22	101	15,3	19,7	15,2	11,18	3	11 012	9 295	8 496	5 337	23,94	22,45	19,94	21,70	22,03		
<b>325</b>	<b>357</b>	<b>365</b>	<b>363</b>	1410	<b>9,24</b>	<b>8,59</b>	<b>8,22</b>	<b>6,65</b>	4	<b>55 066</b>	<b>56 947</b>	<b>53 635</b>	<b>44 230</b>	18,34	18,56	17,98	18,32	18,27		
77	77	90	75	319	3,74	3,06	2,79	3,03	5	2 608	2 778	2 316	3 386	9,06	11,77	9,23	14,92	11,14		
71	48	58	40	217	<b>9,03</b>	<b>10,6</b>	<b>9,26</b>	<b>8,15</b>	6	12 744	9 262	9 691	5 922	19,88	18,16	18,05	18,17	18,70		
24	32	22	13	91	7,17	6,13	6,18	3,69	8	2 970	3 948	2 037	748	17,27	15,18	14,98	15,68	15,74		
37	87	54	86	264	8,14	7,99	5,56	4,67	24	6 193	15 208	5 669	9 129	20,57	21,88	18,90	22,71	21,36		
12	12	6	3	33	5,67	4,75	4,5	5		1 223	882	276	153	17,89	15,47	10,22	10,20	14,95		
1035	1037	1064	910	4046	7,27	7,22	6,23	5,37		133 752	133 779	116 046	90 060	17,77	17,86	17,51	18,41	17,87		

880 899 874 801  
85,0% 86,7% 82,1% 88,0% ← Sous Total séjour patient  
%/ Nb Total patients



Repartition séjours similaire sur 4 ans; Dominante : 3 types de bilans: DNID, DID, Endocrino

## ANNEXE 4

### Etude ATIH sur la charge en soins MCO

**Les 12 variables explicatives complémentaires permettant de cerner l'emprise du patient sur le personnel soignant :**

- Incapacité à effectuer ses soins d'hygiène
- Altération de l'élimination urinaire et /ou fécale
- Incapacité totale ou partielle à s'alimenter
- Altération de la mobilité physique
- Atteinte de l'intégrité de la peau
- Douleur
- Complications infectieuses et/ou postopératoires
- Manque de connaissance
- Isolement social
- Altération des opérations de la pensée
- Perte d'espoir
- Anxiété/peur

Cotation de chaque variable sur une échelle de 0 (pas de problème particulier) à 3 (problème majeur)