

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2016 –

« Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés ? »

– Groupe n° 4 –

**Karine AGUASCA
Céline BERION
Coralie DE JAHAM Claire
Richard DUFOREAU
Emilie ECOURTEMER
Olivier GUIGOU**

**Malika IBERRAKEN
Benjamin NANCEAU
THIBAUD
Servane VINSON
Vincent WERBROUCK**

Animateur/trice(s)

- *Odessa PETIT DIT DARIEL*
- *Jean-Philippe REGNAUX*

S o m m a i r e

Introduction	1
I. Cadre réglementaire et méthodologies des calculs de ratios d'effectifs	3
A. Normes et recommandations relatives à la définition des besoins	3
B. Les acteurs impliqués et la méthodologie du dimensionnement des équipes	5
II. Un éclairage recherché auprès des acteurs de terrain	8
A. Méthodologie de l'enquête	8
B. Résultats	10
III. Vers une optimisation des organisations par le partage d'un outil de benchmarking	15
A. Un ratio national de « référence » pour objectiver le dimensionnement des effectifs : une démarche initiée, mais non aboutie au regard des outils existants.....	15
B. Création d'un ratio « composite » national ou d'une plateforme numérique pour le dimensionnement des effectifs	17
Conclusion	21
Bibliographie.....	22
Liste des annexes.....	I
Annexe I : Grille d'entretien semi-directif	II
Annexe II : Tableau descriptif des résultats	VI

Remerciements

Nous adressons nos remerciements aux personnes qui nous ont aidés dans la réalisation de ce dossier :

- ✓ Mme PETIT DIT DARIEL et M. REGNAUX, animateurs de notre groupe, de nous avoir guidés dans notre travail,
- ✓ M. DUBOIS, Professeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Institut du Management, et M. LEDOYEN, Responsable de formation, filière Directeur des soins à l'EHESP, pour leur expertise et avoir contribué à enrichir nos réflexions sur cette thématique technique.
- ✓ L'ensemble des professionnels rencontrés pour leur disponibilité dans des délais contraints et de nous avoir fait part de leur expérience.

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AS	Aide-Soignant(e)
CDU	Commission Des Usagers
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPP	Cadre Paramédical de Pôle
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRASS	Direction Régionale d'Appui à la Performance
DRH	Directeur(rice) des Ressources Humaines
DS	Directeur(rice) des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENC	Echelle Nationale des Coûts
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IPDMS	Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
PMCT	Poids Moyen du Cas Traité
PNM	Personnel Non Médical
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre
ONDAM	Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie
RTT	Réduction du Temps de Travail
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
T2A	Tarifification à l'Activité
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

Introduction

Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), le taux d'évolution de l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM) 2016 à 1,75% est un *"taux très en-deçà du tendanciel de progression des dépenses évalué par les pouvoirs publics à +3%"* (Cordier, 2015). Ainsi, les hôpitaux seront amenés à réaliser un milliard d'euros d'économies et devront *"dégager des marges qui s'avèrent supérieures à celles prévues par la ministre lors des annonces relatives au plan d'économies triennal"* (Cordier, 2015). Frédéric Valletoux, président de la FHF, et Gérard Vincent, alors délégué général précisent néanmoins : *"ces économies à réaliser, la FHF ne les dénonce pas"*. Les hospitaliers *"sont en effet des acteurs (...) qui n'ignorent pas la dégradation des comptes publics et qui continuent — et continueront — à prendre part à l'effort national de redressement"* (Cordier, 2015).

Pour autant, les responsables d'établissement sanitaire, mais aussi d'établissement social ou médico-social sont garants de la qualité et de la sécurité des soins dispensés, de la rationalisation des coûts et de l'amélioration des conditions de travail. Les dépenses de personnels représentent 60 à 85 % (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2015) de leur budget annuel. Il convient dès lors de réfléchir aux méthodes d'aide à la décision pour le directeur, afin de concilier la prudence des budgets dévolus avec l'objectif de qualité et de sécurité des soins. Depuis la mise en œuvre de la Tarification à l'Activité (T2A)¹ des indicateurs ont été recensés et parfois compilés pour obtenir des données chiffrées nommées « ratios d'effectifs » ou « effectifs cibles ». En analyse financière, ces indicateurs peuvent être exploités afin d'apprécier la situation d'une entreprise, son évolution, ou encore pour réaliser des comparaisons entre plusieurs sociétés d'un même secteur. Appliqués au milieu sanitaire, ils pourront par exemple prendre en compte le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) d'une unité sur le nombre moyen de lits occupés. Toutefois des ratios différents pourraient intégrer le taux d'occupation des lits, l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS) ou encore certains indicateurs de mesures de la charge en soins comme les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS). Dans le contexte actuel de budget contraint, d'augmentation de la charge de travail, d'insatisfaction des personnels sur les conditions de travail ou encore de pénurie de personnel, détenir une méthode de calcul objective est devenue primordiale pour les dirigeants. Plusieurs études internationales

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ; Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ; Ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

(Kane, 2007), (Clarke, Donaldson et al., 2008), (Aiken, Sloane et al., 2010) ont mis en exergue l'impact du ratio sur la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, une étude réalisée dans des hôpitaux américains précise que le taux de mortalité a été diminué de 30% lorsque le ratio est passé de 8 à 6 patients pour un infirmier. Le lien entre le ratio chiffré et la qualité des soins serait donc tangible. Selon l'étude RN4Cast (Sermeus, 2015) réalisée dans 488 hôpitaux de 12 pays européens et 617 aux Etats-Unis, le taux d'effectif infirmier a été identifié comme un facteur explicatif de la mortalité hospitalière à 30 jours. Il existe une élévation de 7% du risque de mortalité dans les 30 jours suivant l'admission du patient lorsque la charge de travail de l'infirmière augmente d'un patient. Si la France n'a pas participé à ces études, la question demeure néanmoins présente.

Il est dès lors intéressant, en tant que futurs attachés d'administration hospitalière, directeurs d'hôpitaux, directeurs de structures sanitaires, sociales et médico-sociales, directeurs des soins ou encore inspecteurs de l'action sanitaire et sociale de questionner la mise en œuvre de ces ratios au sein d'établissements sanitaires français. Dans un objectif de faisabilité, nous centrerons volontairement notre étude sur le personnel Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat (IDE) et Aide-Soignant(e) (AS). Cependant, nous avons conscience de l'intérêt qu'il y aurait à questionner la mise en œuvre de ratios ciblés sur d'autres types de personnel. C'est pourquoi nous proposons de réfléchir à la question : « **Dans quelle mesure les calculs de ratios de l'effectif en personnel IDE et AS sont-ils des outils d'aide à la décision dans le dimensionnement d'un service ?** ». Une revue de la littérature nous a permis de prendre connaissance du contexte législatif et réglementaire, de définir les méthodes de calcul de ratios existantes, de déterminer les acteurs qui les élaborent et/ou s'en saisissent dans des décisions au quotidien et enfin d'identifier les limites théoriques. Par ailleurs, une enquête de terrain au sein de plusieurs établissements publics de santé nous a renseignés sur le parallélisme éventuel entre théorie et pratique et sur les potentiels écarts. Pour finir, au regard de cette expérience de recherche partagée au sein d'un groupe pluri professionnel, nous nous sommes questionnés sur l'opportunité de construire une méthode de calcul universelle des ratios, ou encore sur la possible définition de nouveaux indicateurs. Ces éléments nous ont permis de formuler des propositions pour aider à la décision dans le dimensionnement d'un service, et ceci dans un contexte prenant en compte tant l'activité courante que les situations de crises.

I. Cadre réglementaire et méthodologies des calculs de ratios d'effectifs

A. Normes et recommandations relatives à la définition des besoins

Une étude sur la charge de travail des infirmières menée en 2002 (Aiken, Clarke et al., 2002) a montré que, dans les unités de chirurgie, chaque patient venant s'ajouter à la charge de travail d'un infirmier fait augmenter jusqu'à 7% le taux de mortalité de celui-ci. Avec chaque patient supplémentaire, l'épuisement chez l'infirmier augmente de 23%, et l'insatisfaction au travail augmente de 15%. Une autre étude (Needleman, Buerhaus et al., 2002) a établi un lien entre la dotation infirmière et d'autres éléments tels que les infections nosocomiales, les erreurs médicales, les chutes, et les séjours à l'hôpital plus longs que prévu généralement attribuables à des complications ou à un retard dans l'administration des traitements. Ces études, menées principalement aux Etats-Unis, n'ont pas été dupliquées en France bien que les résultats soient probants.

Pour s'assurer de la qualité des soins, certains pays ont édité des recommandations, à l'instar du Royaume-Uni (NICE, 2014), et d'autres ont réglementé des ratios infirmiers-patients minimaux. Comme exemple, une loi sur le ratio infirmiers-patients a été adoptée en Californie en 1999. À ce jour, 14 Etats américains ont proposé une certaine forme d'intervention législative en ce qui concerne ces ratios. En 2000, la succursale Victorian de l'Australian Nursing Federation est parvenue à faire adopter des taux de dotation prescrits dans tous les hôpitaux du secteur public. En 2006, l'Association japonaise de soins infirmiers a aussi réussi à procéder à la mise en œuvre de ratios infirmiers-patients officiels dans les hôpitaux japonais (Lemoal, 2009).

En France, on distingue des secteurs normés et des secteurs non normés. Des règles ont été établies concernant les ratios IDE et AS pour les domaines suivants :

Les ratios normés			
Spécialités	Décret	Ratio de jour	Ratio de nuit
Dialyse adulte	23/09/2002	1 IDE/4 et 1 AS/8	1 IDE/8 et 1 AS/8
Dialyse enfant	23/09/2002	1 IDE/2 et 1 puer* ou AS/4	1 IDE/4 et 1 puer* ou AS/4
Hôpital de jour	02/10/1992	1 IDE/5	
SSPI*	05/12/1994	1 IADE et 1 AS/6 places	1 IADE et 1 AS/6 places
Néonatalogie	09/10/1998	1 IDE ou puer/6 bébés	1 IDE ou puer/6 bébés
Soins intensifs de NN*	09/10/1998	1 IDE ou puer/3 bébés	1 IDE ou puer/3 bébés
Réanimation de NN	09/10/1998	1 IDE ou puer/2 bébés	1 IDE ou puer/2 bébés
Réanimations	05/04/2002	2 IDE/5 et 1 AS/4	2 IDE/5 et 1 AS/4
USIC*	05/04/2002	1 IDE/4 et 1 AS/4	1 IDE/8 et 1 AS/8
Surveillance continue	05/04/2002	1 IDE/6 et 1 AS/6	1 IDE/6 et 1 AS/6
Réanimations pédiatriques	24/01/2006	2 IDE ou puer/5 et 1 AS ou AP*/4	2 IDE ou puer/5 et 1 AS ou AP/4
Réanimations péd. spé.	24/01/2006	2 IDE ou puer/5 et 1 AS ou AP/4	2 IDE ou puer/5 et 1 AS ou AP/4
Chirurgie cardiaque	24/01/2006	1 IBODE + 1 IDE + 1 assistant circulatoire + 1 IADE*/salle	
Réanimation de chir. card.	24/01/2006	2 IDE/5 et 1 AS/4	2 IDE/5 et 1 AS/4
Soins intensifs de chir. card.	24/01/2006	1 IDE/4 et 1 AS/4	1 IDE/8 et 1 AS/8

*SSPI = Salle de surveillance post-interventionnelle, NN = néonatalogie, USIC = Unité de soins intensifs cardiologiques, puer = puéricultrice, AP = auxiliaire de puériculture, IADE = infirmier anesthésiste de bloc opératoire diplômé d'Etat

En dehors de ces activités, des ratios ont été proposées par différents organismes : en janvier 2009, un guide de recommandations (Ministère de la Santé et des Sports, 2009) concernant les besoins en personnels paramédicaux a été réalisé par les directeurs des soins de différentes Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) afin de guider les professionnels dans leurs pratiques. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a également fait des propositions (ANAP, 2015). Cependant, il ne s'agit pas de normes. Chaque établissement peut donc organiser lui-même ses effectifs de la façon qui lui semble la plus appropriée.

B. Les acteurs impliqués et la méthodologie du dimensionnement des équipes

Le dimensionnement des équipes (IDE et AS dans ce travail) est une problématique quotidienne qui a des incidences sur nombre d'acteurs. Les premiers impactés sont les agents eux-mêmes. En effet, une équipe sous-dimensionnée provoquera une surcharge de travail, du stress supplémentaire, une qualité de vie au travail dégradée (Aiken et Clarke, 2002) Le personnel médical est également touché, car pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions, il a besoin d'être épaulé par du personnel paramédical en nombre suffisant et avec le savoir-faire et les compétences nécessaires. Enfin, la taille des effectifs peut avoir des répercussions sur la qualité et la sécurité de la prise en charge. Elle peut également impacter la satisfaction des patients (Aiken et Clarke, 2002).

Au sein d'un hôpital, différentes personnes sont chargées de déterminer le dimensionnement des équipes et ainsi limiter les effets négatifs d'un mauvais calibrage. Au quotidien, le cadre de santé en lien avec le cadre paramédical de pôle (CPP) module son équipe en fonction des congés, arrêts maladie, autres motifs d'absence et de l'activité du service. Il fait en sorte de répondre aux besoins du service tout en respectant la réglementation en termes de temps travaillé par jour, par semaine, de temps de repos quotidien, hebdomadaire...

Par délégation, le directeur d'établissement confie au Directeur des Soins (DS) et au Directeur des Ressources Humaines (DRH) la gestion des effectifs. Le DS est un acteur majeur de la gestion des personnels des activités de soins et participe au pilotage et au contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, la détermination d'objectifs et de projets². Le DS calcule des effectifs théoriques qu'il applique au mieux aux différents services. D'un point de vue plus global, le DRH cherche à répondre aux besoins de chaque service tout en respectant les contraintes budgétaires.

Selon qu'il s'agisse d'une nouvelle activité ou de l'évolution d'une activité existante, la détermination des effectifs se fait de façon différente. Dans le cadre de la mise en place d'une nouvelle activité, le calcul des effectifs se fait sur la base du projet d'établissement.

Quand un service est en activité, la révision des effectifs se fait selon une procédure propre à chaque établissement.

La mise en place de la T2A a introduit un processus de décision à travers un dialogue de gestion. Les choix organisationnels reposent notamment sur une approche médico-économique qui fait l'objet d'échanges au sein des pôles avec le directeur de l'établissement puis d'une itération avec les instances délibératives (Conseil de Surveillance, Directoire) et consultatives (Commission

² Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 et référentiel métier des directeurs de soins de mars 2010

Médicale d’Etablissement (CME), Comité Technique d’Etablissement (CTE), Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)).

La méthodologie permettant de dimensionner les services est caractérisée par deux étapes successives : la définition des besoins journaliers puis la détermination des ETP nécessaires pour satisfaire ces besoins. Comme l’illustre le tableau précédent, certaines activités hospitalières disposent de normes en matière d’effectifs. Dans ce cas, le respect de ces normes est la règle.

En l’absence de norme, les besoins journaliers sont généralement déterminés à partir d’une maquette organisationnelle. Celle-ci indique le nombre d’agents nécessaires pour assurer le fonctionnement d’un service sur une semaine « standard » (MeaH, 2009). Les effectifs sont précisés poste par poste, selon l’amplitude horaire quotidienne, selon que les agents travaillent de matin, d’après-midi, de nuit... Cette maquette est établie en prenant compte plusieurs éléments : les caractéristiques de l’activité du service (nombre de lits, durée moyenne de séjour (DMS) , taux d’occupation...), les normes réglementaires de présence en termes de continuité et sécurité des soins (réanimation, maternité, hémodialyse, salle de surveillance post-interventionnelle, etc.), la prise en charge des patients, les choix d’organisation du travail, les caractéristiques des ressources humaines et la prise en compte de la charge de travail et la pénibilité (MeaH, 2009).

Mais, une partie des éléments à prendre en compte ne sont pas quantifiables, si bien que la décision finale des effectifs théoriques est davantage basée sur l’expertise des professionnels que sur des données chiffrées (Ministère de la Santé et des Sports, 2009).

Par exemple, cette maquette organisationnelle minimale proposée par l’ANAP dans le guide d’utilisation d’AElipce correspond à une unité d’hospitalisation complète adulte de 25 à 32 lits en médecine et chirurgie polyvalente, hors unités de gériatrie et de pédiatrie. Celle-ci est modulable en fonction de la spécificité de l’établissement et de l’unité.

IDE	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
P Matin	2	2	2	2	2	2	2
P Jour	0	0	0	0	0	0	0
P Soir	2	2	2	2	2	2	2
P Nuit	1	1	1	1	1	1	1
AS	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
P Matin	2	2	2	2	2	2	2
P Jour	0	0	0	0	0	0	0
P Soir	2	2	2	2	2	2	2
P Nuit	1	1	1	1	1	1	1

Une fois les besoins journaliers déterminés, il convient de définir les ETP nécessaires pour satisfaire ces besoins. Les recommandations du Ministère de la Santé et des Sports présentent trois méthodes de calcul qui ont l’avantage d’être ajustables à la réglementation générale, aux accords locaux ou aux projets internes à l’établissement (nouvelle organisation...). Le tableau suivant présente ces trois méthodes avec leurs avantages, inconvénients, illustrées d’un exemple.

	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 3
Base de calcul annuelle	Heures travaillées par poste de travail	Jours théoriquement travaillés par an	Heures de travail nécessaires pour un poste de travail / application d'un coefficient correctif pour prendre en compte l'absentéisme (congés légaux, maladie...)
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Rapide, simple, assez précise - Applicable pour toutes les spécialités en fonction de la durée de travail quotidienne par catégorie d'agent - Résultats intégrant les congés annuels et jours RTT - Faible ajustement nécessaire - Vision sommaire de l'organisation des soins par catégorie d'agent intervenant sur la semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapide, simple, assez précise - Applicable pour toutes les spécialités en fonction du nombre de jours de travail par an - Résultats intégrant les congés annuels et jours RTT - Faible ajustement nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode applicable à un niveau international - Rapide, simple, économique - Applicable à n'importe quelle spécialité, quel que soit le nombre d'heures travaillées quotidiennement dans le service - Résultats facile à actualiser - Faible ajustement nécessaires pour d'autres groupes de soins
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - N'intègre pas le taux d'absentéisme pour maladie et pour formation permanente (hors méthode 3). Néanmoins, un facteur correctif peut être appliqué pour prendre en compte l'absentéisme. - Lisse les effectifs sur l'année sans prise en compte des fluctuations d'activité et de personnel. - Le lien entre niveau de dotation en effectifs et qualité des soins infirmiers reste difficile à établir et est fonction de paramètres supplémentaires (architecture, types d'activités, situation budgétaire de l'établissement, accords locaux, populations accueillies...). 		
Exemple	<p>Dans un service de chirurgie orthopédique de 25 lits, le besoin en IDE est de 3 par matin. Le service fonctionne 312 jours par an. Chaque IDE travaille en moyenne 7h30 par jour, 208 jours par an. Le temps de travail par agent est de 1 547 heures.</p>		
	8.85 ETP	8.77 ETP	Considérons un facteur correctif de 20% pour prendre en compte les vacances, congés maladie... 9.02 ETP

Détail des calculs de l'exemple :

$$\text{Méthode 1 : } \frac{(3 \text{ IDE} \times 7\text{h}30 \times 365\text{j}) + (2 \text{ IDE} \times 7\text{h}30 \times 365\text{j})}{1\,547\text{h}} = 8.85 \text{ ETP}$$

$$\text{Méthode 2 : } \frac{(3 \text{ IDE} \times 365\text{j}) + (2 \text{ IDE} \times 365\text{j})}{208\text{j}} = 8.77 \text{ ETP}$$

$$\text{Méthode 3 : } \frac{[(3 \text{ IDE} \times 7\text{h}30 \times 365\text{j}) + (2 \text{ IDE} \times 7\text{h}30 \times 365\text{j})] \times 1.2}{52\text{s} \times 35\text{h}} = 9.02 \text{ ETP}$$

Il existe une grande variabilité de méthodes proposées dans chaque pays et entre pays qui témoigne de la diversité des modes de calcul et de la difficulté à établir un ratio pertinent. Ces méthodes de calcul sont parfois contestées tant en France qu'à l'international. Elément souvent pointé du doigt, la charge de travail n'est pas incorporée dans le calcul d'effectif. La difficulté d'évaluation de cette charge de travail est à souligner. En effet, il existe notamment trois méthodes en France³ et deux méthodes aux Etats-Unis⁴.

Enfin, si aujourd'hui dans le contexte budgétaire contraint, les effectifs sont calculés au plus juste, les établissements réfléchissent et mettent en œuvre des procédures dites dégradées en cas de situations exceptionnelles, comme un absentéisme (aigu ou chronique), une grève prolongée de personnels ou une crise sanitaire. Celles-ci consistent à envisager de faire fonctionner l'établissement sans leurs ressources habituelles, humaines et matérielles. Fonctionner en mode dégradé, c'est tenter de fournir le service jugé indispensable, en manquant de ressources complètes. Ceci nécessite une préparation, qui relève du domaine de l'apprentissage de la gestion de crise.

Ces constats conduisent à se rapprocher d'établissements de santé afin de vérifier l'application réelle de ces normes et recommandations sur le terrain en ce qui concerne le dimensionnement des équipes, et la mesure dans laquelle ils sont prêts à gérer une crise sanitaire.

II. Un éclairage recherché auprès des acteurs de terrain

A. Méthodologie de l'enquête

L'objet de l'étude est d'identifier :

- Les différentes personnes ou fonctions impliquées dans la définition des besoins journaliers puis la détermination des ETP nécessaires pour satisfaire ces besoins,
- Les variables à prendre en compte dans le calcul des effectifs et les liens perçus avec la qualité et la sécurité des soins.

A cette fin, nous avons mené des entretiens dans plusieurs établissements de santé.

Echantillonnage : 5 établissements ont été sollicités à travers la France par téléphone pour des entretiens sur site : 4 CHU et 1 CH. Ils ont été sélectionnés en fonction de plusieurs facteurs :

³ SIIPS/AAS, Projet Recherche Nursing (PRN) et PENDISCAN®

⁴ Patient Classification System (PCS) et Case Mix Index (CMI)

réseaux professionnels, expertise en matière de calcul de la charge en soins, diversité des structures. Aucun critère d'exclusion n'a été établi si ce n'est les structures médico-sociales. Les personnes ciblées étaient les directeurs des soins, directeurs des ressources humaines, attachés d'administration et cadres supérieurs de santé car ce sont les acteurs principaux concernés dans le dimensionnement des effectifs. Les entretiens ont été programmés du 6 au 13 Mai 2016.

Outil de l'enquête : La démarche adoptée dans le cadre de ce rapport est celle d'une enquête comparative portant sur ces 5 établissements de santé. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés dans chaque établissement à l'aide d'une grille (Annexe I) préalablement établie. Cette dernière comporte 23 questions, élaborées avec une majorité de questions ouvertes permettant un recueil qualitatif et une expression libre des interviewés.

La grille d'entretien validée a été découpée en trois parties répondant à trois objectifs secondaires :

- Repérer les enjeux des ratios normés et de chaque méthode de calcul des ratios : limites ou opportunités
- Identifier les indicateurs à retenir pour avoir un faisceau d'indices dans la prise de décision.
- Questionner les seuils d'acceptabilité (surcharge de travail, qualité et sécurité des soins, pertinence des soins, procédure dégradée)

Mode de passation : Les entretiens ont été réalisés en binôme pour 2 établissements et en trinôme pour 3. Dans ce cadre, une des personnes a mené l'entretien pendant que les autres ont assuré la prise de notes. En complément, 7 entretiens ont été enregistrés.

Exploitation des résultats : Le traitement des résultats a été effectué à partir d'un tableau comparatif de restitution suivant chronologiquement les questions du guide d'entretien. Ce tableau a été renseigné par les enquêteurs en respectant l'anonymat des établissements et des personnes interrogées. Il présente les résultats bruts de notre enquête (Annexe II). Il a permis d'aboutir à une analyse partagée des données. Une analyse qualitative a été rédigée selon différentes thématiques. Du fait de l'échantillon restreint, il a été décidé de raisonner en nombre d'établissements et non en pourcentage.

Limites de l'enquête : En raison du temps imparti pour cette enquête, l'échantillon de 12 personnes interviewées reste une faible représentation des personnes concernées en France dans cette démarche de dimensionnement des équipes. Néanmoins cela a permis d'apporter des éclairages sur une thématique actuelle dans les établissements publics de santé. Il est à noter que l'expérience professionnelle des personnes interviewées n'a pas été recensée.

B. Exploitation des résultats

Nous avons obtenu 12 rendez-vous dans 5 établissements publics différents : 1 CHU de 2 459 lits (CHU A), 1 CHU de 2 667 lits (CHU B), 1 CHU de 2 389 lits (CHU C), 1 CHU de 22 723 lits (CHU D) et 1 CH de 866 lits (CH A). Ces entretiens ont été programmés et réalisés en face à face, hormis 1 effectué par téléphone (CHU C). La durée moyenne des entretiens a été de 1h30.

	Personnes contactées	Personnes interviewées (durée entretien)
CHU A	- DRH - Coordinateur général des soins	- DRH (1h30) - Attaché d'administration en charge de la gestion des effectifs (1h30) - Directeur des soins (1h30) - Cadre supérieur en charge des SIIPS (1h30)
CHU B	- DRH - Coordinateur général des soins (CGS)	- Cadre supérieur en charge des effectifs (suite à l'annulation du RDV programmé avec le CGS) (1h)
CHU C	- Directeur des soins (sur recommandations du DRH CHU A)	- Directeur des soins (1h30)
CHUD (site 1)	- Coordinateur général des soins - Adjointe au CGS - Attaché d'administration en charge de la gestion des effectifs	- Adjointe CGS (1h30) - Attaché d'administration en charge de la gestion des effectifs (2h)
CHU D (site 2)	- DRH - Coordinateur général des soins - Directeur des soins	- DRH et Responsable RH (Attaché d'administration) (1h30) - Directeur des soins (2h40) - Cadre paramédical de pôle (2h30)
CH A	- DRH - Directeur des soins	- Directeur des soins (1h)

Une analyse croisée des entretiens permet de mettre en exergue 5 thématiques.

Les acteurs : Le DS est pivot de la décision car il détient l'expertise et se situe au carrefour de la DRH et de la hiérarchie médicale. Il s'appuie généralement sur les cadres, les CPP et cadres supérieurs de santé, et fait parfois appel à d'autres acteurs tels que les contrôleurs de gestion ou les cadres RH. Le DRH est généralement présent en validation des propositions faites par le DS. Ces décisions sont prises quotidiennement ou en comité de direction lors d'une création d'activité. Un réel binôme DRH et DS semble essentiel pour répondre à la problématique des effectifs. Selon le DRH du CHU A, il « *reste responsable de la masse salariale, et le DS garant de la qualité et de la gestion des risques* ». La part d'action de chacun est cependant plus ou moins importante en fonction des établissements sollicités. Deux DRH ont préféré orienter l'entretien vers les directions des soins, l'un d'eux évoquant son « *rôle uniquement médico-économique* ». Des instances de dialogue et de validation sont également mises en place dans certains établissements. Celles-ci permettant de suivre mensuellement les consommations, et d'ajuster les effectifs nécessaires.

Les éléments pris en compte dans le dimensionnement : Pour les services normés, la norme établie par la réglementation constitue la base de travail des établissements. Pour plusieurs DS les effectifs normés sont un « *guide et permettent d'éviter des dérives* », un autre évoque le terme de « *repère* » et les considèrent comme « *adaptés* ». Si pour la majorité des établissements, les normes sont strictement appliquées, certains services font l'objet de réajustements à la hausse du fait d'un contexte particulier (architecture, absentéisme, taux d'occupation, ...). Pour le DRH du CHU A, « *ils sont trop élevés, et devraient être réajustés plus régulièrement* » afin de prendre en considération la charge de travail à l'aune des évolutions technologiques médicales.

Pour les services non normés : il est à noter que les établissements prennent en compte des éléments disparates. Le manque de littérature sur le sujet a obligé les établissements à définir leurs méthodes de travail de manière autonome. Si un manque d'harmonisation des pratiques existe, les établissements se basent néanmoins sur des éléments communs comme : le nombre de lits du service, le taux d'occupation, la DMS, la charge de travail (évaluée selon la méthode SIIPS/AAS amenant à une cotation journalière des soins de base, des soins techniques et des soins relationnels nécessaires au patient), la typologie des patients, l'activité, le projet médical, l'organisation du travail choisie et plus rarement le PMCT.

Certains établissements élaborent également des ratios, comme par exemple :

- Nombre d'IDE pour X lits (idem pour les AS)
- Nombre d'agent par lit
- Nombre de lits ouverts : nb de journées de lits exploitables - nb de journées de lits indisponibles total / nb de journées de la période.
- Coefficient de charge de travail attendu par agent (SIIPS/AAS) : rapport entre l'effectif théorique déduit des SIIPS/AAS et l'effectif réel du service.

Des variables d'ajustement sont, selon les établissements, prises en compte. Il s'agit par exemple de l'absentéisme, du turn over, de l'éducation thérapeutique ou de l'architecture. D'ailleurs, ce dernier élément est le « *plus important, la clef de voûte* » du dimensionnement selon le DS du CHU D site 2.

Par ailleurs, les établissements se basent pour beaucoup sur des maquettes organisationnelles. Celles-ci permettent d'établir un point de départ commun au dimensionnement de l'ensemble des services. Aux recommandations de l'ANAP, 1 IDE et 1 AS pour 13 à 16 patients (ANAP, 2015), sont préférées des maquettes organisationnelles établies par les établissements et adaptées en fonction de leurs organisations. En effet, lorsqu'ils sont connus, les ratios proposés par l'ANAP ne sont pas perçus comme des seuils minimums mais comme des recommandations jugées insuffisantes par l'ensemble des structures interrogées, notamment en CHU qui sont caractérisés par une spécialisation et une technicité élevée. De plus, ces propositions ne permettent pas de

dégager le temps nécessaire à la formation du personnel paramédical et médical qui est pourtant l'une des missions prioritaires des CHU. Par ailleurs, les unités de 25 à 32 lits ne sont pas une généralité, et les établissements sont contraints de composer avec l'architecture existante. Enfin, ces recommandations ne semblent pas forcément adaptées aux CH caractérisés par des DMS courtes, la rotation des patients impactant la charge de travail. En revanche, pour « *un établissement dispensant moins d'actes techniques, la norme ANAP semble plus applicable* » selon le DS du CH A.

Si par le passé les services ont souvent été dimensionnés selon le poids de l'histoire et de la culture de l'établissement, l'allocation des ressources est aujourd'hui largement objectivée par des données chiffrées multiples, aussi la moitié des établissements interrogés fonctionne au plus juste. Par ailleurs, lorsque les besoins journaliers des services sont établis, les éléments présentés par les établissements interviewés ont permis de démontrer une utilisation majoritaire de la méthode 1, explicitée précédemment pour dimensionner les services. Les autres méthodes s'avèrent être peu connues sur le terrain et peu utilisées lorsqu'elles le sont.

La périodicité de redéfinition des dimensionnements : Pour la majorité des établissements interviewés, le travail de dimensionnement a été réalisé dans un passé proche. Par conséquent, beaucoup réajustent leurs effectifs au gré des réorganisations, ou des tensions dans les services. Néanmoins, certains établissements s'astreignent à revoir les effectifs annuellement en conférence de pôle ou lors d'une commission dédiée.

Les pratiques des établissements : Fort d'un recul d'une dizaine d'années, les établissements disposent aujourd'hui d'une vision claire des impacts de la mise en place de la T2A. Encadrés, par ailleurs, par des ONDAM de plus en plus restreints, les établissements se voient dans l'obligation d'agir sur leur budget pour gagner en efficacité. Les dépenses de personnel représentent environ 60 à 85% du budget total des établissements, le dimensionnement des effectifs représente aujourd'hui un levier majeur de maîtrise des dépenses. Cela est d'autant plus vrai lorsque les établissements se trouvent dans une situation financière dégradée. Dans le cadre de l'enquête menée, 3 établissements sont engagés dans un plan efficacité, et tous ciblent la pression financière actuelle incitant à la maîtrise de la masse salariale.

Dans ce contexte, les établissements ont développé des techniques diverses. Si une politique ponctuelle de réduction des effectifs a pu être menée par le passé afin de rééquilibrer la répartition des agents au sein des services, les établissements favorisent aujourd'hui une réelle politique de maîtrise de la masse salariale. Le DRH du CHU A mentionne une absence de politique en tant que telle de réduction des effectifs : « *il s'agit d'allouer les justes ressources aux justes besoins* ». A

cette fin, ils multiplient les réorganisations qui améliorent l'efficacité des activités : réarticulation des spécialités, création de plateaux-lits, regroupements de plateaux techniques ou de consultations, convergence médecins-soignants, redistribution des locaux pour une architecture plus efficace, ... Le recentrage des fonctions soignantes par une réarticulation des fonctions supports est également visé : logistique au dernier mètre (système plein-vide), installation de pneumatiques, optimisation de la restauration, ... Ces éléments permettent une meilleure répartition des ressources.

En outre, les établissements pratiquent des actions de benchmarking pour les effectifs. Si les CHU utilisent occasionnellement les bases nationales comme « *outil d'aide à la décision* », telles que les bases de Reims et d'Angers, ou Hospidiag, le manque de structuration contraint les établissements à faire jouer leur « *réseau professionnel essentiellement* » pour échanger avec les structures voisines comparables. Par ailleurs, « *les établissements deviennent des concurrents* ». Pour toute action de benchmarking, les personnes rencontrées insistent sur le fait que l'organisation des établissements doit entrer en ligne de compte à travers le brancardage, l'accueil téléphonique, la prise de rendez-vous, la logistique, la pharmacie, la gestion des lits, la fonction hôtelière, ... Par exemple, une structure disposant d'un service de brancardage centralisé disposera de ratios d'effectifs moins élevés qu'une structure similaire intégrant le brancardage au sein même de ses services. La charge de travail étant moindre avec un tel service.

Au regard de ces éléments, les normes d'effectifs établies par la réglementation présentent certains avantages. D'une part, les négociations et le questionnement relatif au dimensionnement des services normés sont délimités. D'autre part, elles permettent également de fournir un guide aux établissements pour éviter les dérives et s'avèrent restructurantes. Néanmoins, les avis sur les normes divergent à certains égards. En effet, les ratios d'effectifs réglementés sont souvent vécus comme insuffisants, notamment sur les réanimations. Ils ne prennent pas en compte l'architecture avec laquelle les établissements doivent composer. Ces derniers sont souvent contraints de surdoter certains services. D'autres difficultés sont également relevées quant à la gestion de l'absentéisme. Enfin, plusieurs DRH et DS soulignent le manque de réajustement des normes. Celles-ci demeurent anciennes et nécessiteraient des réévaluations, voire même l'inclusion d'éléments variables eu égard aux spécificités des établissements (architecturales notamment).

Les seuils d'acceptabilité : Si la tendance est donc à la baisse des dotations en effectifs dans les services de soins, conserver des ratios garantissant qualité et sécurité des soins reste prioritaire pour les établissements. En conséquence, il s'agit ici de définir un seuil d'acceptabilité à ne pas franchir. Si la définition d'un indicateur unique semble difficilement modélisable, plusieurs variables de suivi peuvent être prises en compte.

D'une part, les alertes sur la qualité des soins peuvent être relevées : les événements indésirables, les actes de malveillance, les chutes, les erreurs médicamenteuses, les courriers de mécontentement ou de satisfaction adressés à la Commission Des Usagers (CDU), le taux d'escarre, les critères d'identito-vigilance, les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Le CPP du CHU D site 2 évoque que « *l'indicateur clé est lorsque les soins n'ont pas été réalisés dans leur globalité faute de personnel* ». Ces propos rappellent les recommandations du NICE. L'ensemble des structures évalue la qualité des soins, mais elles ne font pas de lien entre qualité, sécurité des soins et les ratios comme une évidence à l'inverse des résultats de l'étude Rn4cast. Par ailleurs, des audits ponctuels pourraient également être diligentés. D'autre part, des alertes relatives aux conditions de travail des agents peuvent être suivies : absentéisme, turn-over, satisfaction au travail, satisfaction des équipes médicales....

Les indicateurs relatifs à la charge en soins sont déployés de manière variable sur les établissements. Les directions qui en disposent utilisent la méthode SIIPS, qu'ils considèrent souvent comme un « *outil de pilotage essentiel* ». Dans cette enquête, trois CHU utilisent cette méthode au sein de leurs unités. Toutefois, certains estiment que l'investissement qu'ils représentent est trop important. La méthode SIIPS est parfois perçue comme sujette à débat quant à sa subjectivité, sa méthodologie et ses résultats, qui « *avantageraient certaines spécialités et en pénaliseraient d'autres comme la gériatrie* » selon la DS du CHU D.

Si ces éléments chiffrés peuvent alerter les décideurs, l'expertise de la direction des soins est souvent mise en avant quant au besoin de renfort des effectifs. Souvent alertés par les cadres supérieurs de santé, ce sont généralement les directeurs des soins qui analysent le contexte et apportent les arguments en faveur d'une modification des dotations.

Fort de ce constat, la question de la gestion de crise se pose. Cette notion de crise comporte les crises sanitaires mais également les mises en tension des établissements, les importants mouvements de grève ou l'incapacité à faire face à un absentéisme majoré. Les structures ayant des effectifs calculés au plus juste reconnaissent leur difficulté de fonctionnement dans ces situations. Bien que le plan Blanc apporte une réponse adaptée, celle-ci est limitée dans le temps à l'aune de l'intensité de la crise. Les établissements procèdent, par exemple, à des déprogrammations d'activités, et organisent la gestion des flux patients à travers le bed-manager lorsque cette fonction est déployée. Si les établissements procèdent également à des rappels de personnel, la question des effectifs ne semble pas prédominante, les DS interrogés sont en accord sur le fait qu'en cas de crise, le personnel se mobilise spontanément. L'objectif reste de garantir la prise en charge des patients, et ceci avec les ressources et les compétences nécessaires. L'anticipation de ces situations, comme l'approche de l'Euro 2016, est donc primordiale et amène à la mise en place de procédures dégradées spécifiques. Un établissement évoque également le

levier de la réserve sanitaire de l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) afin d'apporter une réponse complémentaire à ces situations de crise.

Ainsi, les ratios d'effectifs sur le terrain ne permettent pas de répondre dans le temps à une situation de crise importante. Le DRH du CHU A estime la capacité de résistance de sa structure à seulement « 3 à 4 jours avec un taux d'occupation supérieur à 100% ».

Ces résultats hétérogènes amènent à une réflexion pour la création d'un outil unique aidant au dimensionnement des effectifs. Les méthodes de dimensionnement et l'évaluation de la charge en soins sont variables et propres à chaque établissement.

III. Vers une optimisation des organisations par le partage d'un outil de benchmarking

A. Un ratio national de « référence » pour objectiver le dimensionnement des effectifs : une démarche initiée, mais non aboutie au regard des outils existants

Le dimensionnement des effectifs repose sur de nombreux paramètres propres aux caractéristiques des structures. Un certain nombre de problématiques interfèrent dans le juste dimensionnement des effectifs, notamment les enjeux politiques entre les différents acteurs, l'historique des services, leur architecture, l'hétérogénéité des ratios utilisés et l'absence de benchmark.

Tout d'abord, le dimensionnement des effectifs concerne plusieurs acteurs qui peuvent avoir des intérêts contradictoires en termes de ressources humaines. En effet, la direction générale et la DRH surveilleront de près l'évolution de la masse salariale (souvent à la baisse) pour maîtriser les dépenses, lorsque l'encadrement du pôle cherchera à maintenir son équipe pour effectuer au mieux les missions qui lui sont confiées (ou augmenter l'équipe pour assurer de nouvelles missions). La direction des soins est un maillon central du management car il assure le lien entre les directions (direction générale & DRH) et les services. Elle utilise son expertise pour modifier dans la limite des moyens disponibles, le ratio de soins préconisé (1 IDE & AS pour 13 à 16 lits (ANAP, 2015)), en prenant en compte la charge en soins, qui le plus souvent, repose sur l'expérience même du directeur des soins, plutôt que sur une méthode bien définie, à l'instar des propos recueillis lors des entretiens : « *je vais dans les services et je regarde* », dit le DS du CHU D site 2.

Ensuite, le dimensionnement des effectifs est dans certains cas difficile à reconsidérer car il repose parfois sur une base historique (influence du chef de service, projet modifié, service remodelé...). Certains services peuvent être mieux dotés que d'autres, en fonction des enjeux politiques. Ce

déséquilibre, difficile à remodeler politiquement, peut être une source de complexité pour la direction des soins. La question « architecturale » est au centre des préoccupations dans le dimensionnement des effectifs.

De plus, les méthodes de calculs peuvent être différentes. Certaines directions raisonnent en heures travaillées, d'autres en jours travaillées. Les chiffres ne sont pas identiques entre les différents acteurs. De plus, ces calculs sont pour la plupart, élaborés avec des fichiers Excel, construits « artisanalement », non verrouillés, et donc sujets à une erreur de manipulation (formule de calcul remplacée par inadvertance).

Enfin, les managers regrettent de ne pouvoir se comparer objectivement avec d'autres structures faute de bases de données nationales fiables et exhaustives disponibles ; même si le DS du CHU D site 2 pense que « *ce n'est pas fondamental puisque dépendant de chaque structure, mais ce pourrait être intéressant, par curiosité* ».

Pour ces multiples raisons, la construction d'une référence, d'un « benchmark » sur le dimensionnement des effectifs permettrait d'objectiver les questionnements, de rationaliser les méthodes, et de construire des arguments pour lutter contre les dotations historiques ou contrebalancer les forces politiques. Certaines démarches ont déjà été initiées, mais aucune n'a donné lieu à un référentiel national, utilisé par l'ensemble des professionnels.

Une démarche de benchmarking a été initiée par différents acteurs du secteur sanitaire (établissements, agences sanitaires...) qui ont développé des outils spécifiques parmi lesquels :

- *La base d'Angers*. Il s'agit d'un référentiel de coûts pour les activités non cliniques (logistiques et médico-techniques) des établissements de santé et ne concerne que partiellement la gestion des effectifs.

- *La base de Reims*. Etude de benchmarking « inter-CHU / CHR », elle vise à établir des éléments de comparaison entre établissements sur les effectifs soignants et médicaux disponibles dans leurs services de soins et médico-techniques au regard de leur activité. Cette étude, créée en 2009 et initialement menée avec six établissements, associe aujourd'hui plus de quinze CHU et CHR et constitue un outil prépondérant dans le dialogue de gestion entre la direction et les pôles d'activité.⁵ Les résultats sont confidentiels et la base ne concerne que les établissements de grandes capacités (CHU / CHR).

- Des référentiels internes. Le siège du CHU D élabore par exemple des documents confidentiels sur les dimensionnements du personnel non médical (PNM) par spécialités

⁵ M.GALY, C.PEREIRA, "Benchmarking externe - un outil de dialogue interne de gestion : la base de Reims", Dossier : Les acteurs de la performance, *Gestions Hospitalières*, n° 514, 2012/03, pages 145-147

médicales, regroupant l'ensemble des groupes hospitaliers. Ce document a pour but de servir de benchmark intergroupes. Les professionnels interviewés questionnent la fiabilité dudit document. En effet, l'affectation des personnels dans les Unités de Gestion (UG) n'étant pas fiabilisée en amont, ce document ne reflète pas la situation réelle, ce qui nuit à son intérêt. De plus, une comparaison des pratiques hors CHU D ne semble pas être connue des services interrogés.

Les 2 outils créés par l'ANAP (AELIPCE et AETTAPES) abordent le sujet des effectifs, mais ne constituent pas des outils de benchmarking en tant que tel. Selon les personnes interviewées, Aelipce n'est que peu utilisé du fait de sa complexité.

Si la démarche de créer des outils de benchmark est donc réelle, elle est actuellement non aboutie par manque de référentiel national. En effet, les indicateurs sont indisponibles pour la plupart des établissements.

Les outils de benchmark sont essentiels pour déceler les volants d'amélioration. Cependant, l'élaboration d'un tel indicateur benchmark n'est pas simple car pour qu'il soit valable, il doit pouvoir être utilisé par l'ensemble des structures (niveau national), dynamique et s'adapter aux caractéristiques de tous les types d'établissements.

2 scénarii pourraient être envisageables :

- la création d'un ratio « composite » avec les principales variables pouvant influencer sur le dimensionnement des effectifs,
- la création d'une plateforme interactive qui permettrait une analyse plus fine en fonction de critères plus nombreux. Cette plateforme pourrait aider les établissements tant d'un point de vue quantitatif (ratio de dimensionnement) que qualitatif.

B. Création d'un ratio « composite » national ou d'une plateforme numérique pour le dimensionnement des effectifs

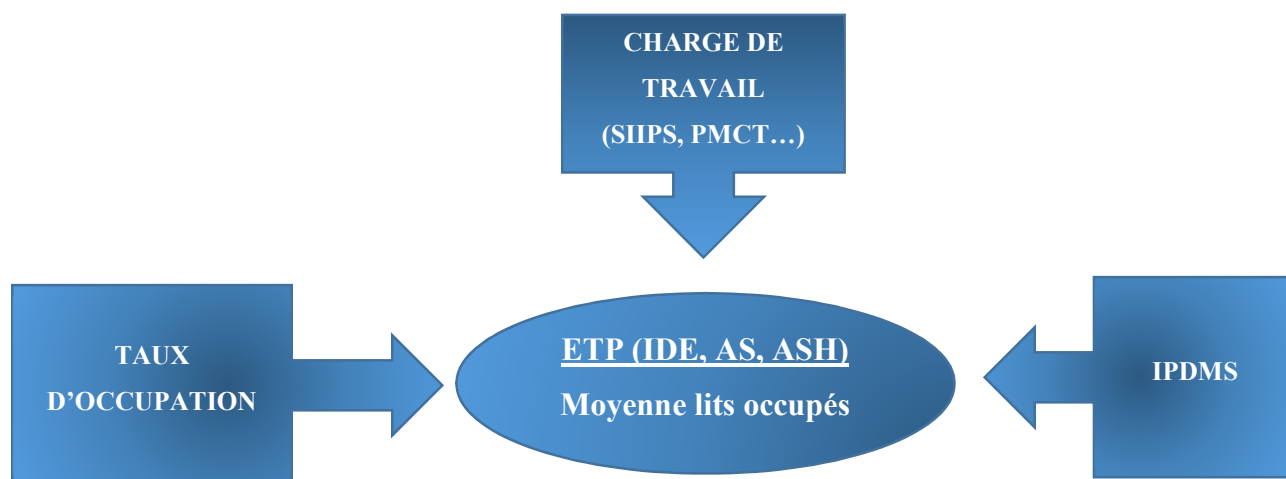
Création d'un ratio dynamique, utile pour les établissements de santé : La multiplicité des composantes impactant les organisations rend complexe la comparaison des structures sanitaires entre elles car les périmètres sont souvent différents.

Il paraît donc important de confier cette construction de ratio à un organisme capable de s'assurer de l'homogénéité des périmètres, de la bonne affectation de la masse salariale sur les centres de responsabilités adéquats, en mettant en place des procédures adaptées, comme le réalise l'Etude Nationale des Coûts (ENC) ou la base d'Angers.

Une liste d'établissements choisis parmi les plus représentatifs de la diversité hospitalière (CHU / CHR...), permettrait une comparaison des structures sur des périmètres équivalents.

Pour que ce ratio soit dynamique, il pourrait tenir compte de divers paramètres permettant une adaptation à la structure concernée. Les critères étant nombreux, un choix des principaux paramètres serait à effectuer, et à confirmer par une étude ad-hoc.

Un ratio composite basé principalement sur un nombre d'ETP PNM (IDE, AS, ASH) pour 1 lit occupé (sur les 3 dernières années), modulé en fonction de l'IPDMS, de la charge de travail (PMCT, SIIPS) et du taux d'occupation, pourrait être une option intéressante pour finaliser un ratio global. Cette option, défendue par Jean-René LEDOYEN et Yann DUBOIS, professeurs à l'Institut du Management de l'EHESP, permettrait aux établissements de s'auto-évaluer et ainsi obtenir des arguments pour entamer des négociations avec les services de soins ; cette méthode aiderait à mesurer une forme de performance médico-économique mais aussi à rééquilibrer le dimensionnement des effectifs en fonction de la charge de travail de chaque activité.



Pour que ce ratio puisse être utilisé en routine, il doit pouvoir être facilement utilisable, soit par l'intermédiaire d'une feuille de calcul Excel sécurisée téléchargeable, ou soit via un site internet qui puisse permettre de visualiser et calculer pour chaque spécialité médicale :

- la moyenne nationale brute « ETP/ nombre moyen de lits occupés » et la comparaison avec l'établissement demandeur.
- la moyenne nationale « ETP/ nombre moyen de lits occupés » modulées avec les 4 indicateurs sus-mentionnés et la comparaison avec l'établissement demandeur.

Ce ratio améliorerait la visibilité pour les établissements de santé. Cependant, la création d'une plateforme dédiée permettrait d'affiner le constat (quantitatif), mais également de suggérer des pistes d'améliorations, basées sur des expériences réussies (qualitatif).

Création d'une plateforme dédiée à l'optimisation du dimensionnement des effectifs :

En 2009, le Ministère de la Santé et des Sports a énuméré un certain nombre de facteurs de complexité (population prise en charge, organisation générale de la structure, contexte architectural, prestations externalisées, contexte de ressources humaines, activité médicale, aspect financier...), (Ministère de la Santé et des Sports, 2009).

La plateforme autoriserait la prise en considération de ces facteurs de complexité pour affiner au mieux le dimensionnement des effectifs. Le choix des facteurs les plus pertinents sera réalisé au préalable dans le cadre d'une étude ad-hoc (types d'établissement (CHU / CHR / CH), activités pratiquées (soins palliatifs, éducation thérapeutique,), agencement architectural (capacité lits des unités, nombre d'unités, surface, mono-bloc, pavillonnaire...), fonctions externalisées, des équipes de suppléances...).

Dès lors, le site internet aurait pour but, soit :

- de sélectionner les structures comparables en fonction des critères choisis et de mettre à disposition de l'utilisateur, des fiches signalétiques permettant d'analyser service par service les ratios de soins en vigueur, ainsi qu'un descriptif complet de la structure.
- de calculer le ratio qui semblerait le plus indiqué en fonction de la liste des paramètres renseignés et de la faisabilité technique du projet.

Ces chiffres pourraient être accompagnés, d'un volet qualitatif, comme outil d'aide à la décision, en suggérant des actions réalistes structurantes, capable d'améliorer le ratio, pour éviter un rendu de poste arbitraire de type « rabet », démotivant et délétère pour les équipes en place.

Chaque action pourrait être accompagnée de présentation de projets déjà réalisés (mis en place de pneumatique, réorganisation, mutualisation de lits, création de plateau de lits chirurgicaux, regroupement des unités d'un service sur un même niveau,...) avec les informations suivantes : descriptif du projet, type de financement, détail financier du projet (Business Plan), gain en terme d'effectifs, gain en terme de qualité des soins et de charge en soins, durée et méthodologie de la démarche projet, coordonnées du chef de projet, retour sur expérience (Type de problèmes rencontrés, axes d'amélioration...), etc...

Un tel outil rendrait possible :

- la préconisation de pistes d'amélioration des organisations en fonction des données renseignées de la structure (présence ou non de pneumatique, unités dispersées...)
- la mise à disposition des retours d'expérience sur les réorganisations qui ont été menées, en fonction des types de structures.
- la mise en relation des professionnels pour l'organisation de visites de sites, d'échanges téléphoniques, voire la nomination de référents par type d'optimisation (Unité de chirurgie

ambulatoire, pneumatique, bed management, plateau de lits, réorganisation des urgences, création d'unité d'aval des urgences...).

Ce support combinant les aspects quantitatifs et qualitatifs, quoiqu'ambitieux, serait un véritable outil d'aide à la décision pour les managers sanitaires.

Pour faciliter la comparaison, et éviter une dilution des informations, l'utilisation de « fiches types » seraient à préconiser.

Ces projets de ratio ou de plateforme nationale, nécessitent une équipe dédiée, pour assurer la mise à jour des projets et la cohérence des chiffres transmis (bonne affectation des personnels...).

Conclusion

Dans un contexte économique et budgétaire contraint, les établissements doivent optimiser la gestion de leurs effectifs. Le dimensionnement doit être ajusté au mieux pour assurer un niveau de prise en charge conforme aux pratiques en vigueur au quotidien ou en cas de crise. De nombreux paramètres influencent le calcul des effectifs paramédicaux. Cependant, outre les activités normées, seules des recommandations et l'expertise des professionnels permettent de guider les décideurs dans le juste dimensionnement, apportant ainsi une part de subjectivité non négligeable. L'absence de référentiel national rend complexe toute démarche de benchmarking. Aussi, la mise en place d'un ratio national officiel dynamique ou la création d'une plateforme interactive destinée à l'optimisation du dimensionnement permettrait de fournir aux décideurs de véritables outils d'aide à la décision.

Notons cependant que, pour fiabiliser ces outils, l'implication d'une équipe dédiée est indispensable. Cette dernière aura pour mission de gérer l'ensemble des étapes du projet à savoir : la méthodologie de construction des indicateurs et de la base de données, le contrôle de l'homogénéité et de la mise à jour des informations, le choix des établissements participants, le développement et l'ergonomie du site internet, la promotion des outils....

Ce projet a également comme ambition d'être utilisé à l'échelle nationale par l'ensemble des structures sanitaires, et de pouvoir être étendu à terme aux structures sociales et médico-sociales et à la gestion du personnel médical.

Les délais impartis nous ont permis d'élaborer des pistes d'amélioration sur la thématique des ratios de soins. Cependant, des études ad-hoc seront nécessaires pour valider la faisabilité du projet.

L'approche quantitative, associée à une expertise qualitative, permettra non seulement de dimensionner au mieux les effectifs, mais également de provoquer une réflexion sur l'amélioration des organisations pour optimiser la qualité et la sécurité des soins dans un cadre budgétaire contraint.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 et référentiel métier des directeurs de soins de mars 2010

Ouvrages

- S. GORDON, J. BUCHANAN, T. BRETHERTON, *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*, ILR Press, 2008
- R.L KANE, *The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes*, Medical Care, Volume 45, Number 12, December 2007
- S. CLARKE, N. DONALDSON. et al., « Nurse staffing and patient care quality and safety », in *Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses*, Editor Hughes RG, Rockville, 2008

Articles de périodiques

- L. AIKEN, S. CLARKE, D. SLOANE, et al., « Implications of the California nurse staffing mandate for other states », *Health Service Research journal*, 2010
- L. AIKEN, S. CLARKE, D. SLOANE, et al., « Hospital nurse staffing, patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction », *Journal of the American Medical Association*, 2002, p. 1087-1993
- L. AIKEN, S. CLARKE, D. SLOANE, et al., « Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States », *British Medical Journal*, 20 March 2012
- C. CORDIER, « Les fédérations hospitalières exigent une cohérence dans les économies demandées aux établissements », *Hospimedia*, 8 Décembre 2015
- P. BUERHAUS, S. MATIKE, J. NEEDDLEMAN, M. STEWART, « Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, 2002, p. 1715-1722

• M. GALY, C. PEREIRA, "Benchmarking externe - un outil de dialogue interne de gestion : la base de Reims", Dossier : Les acteurs de la performance, *Gestions Hospitalières*, n° 514, Mars 2012, pages 145-147

• R. HERTEL, « Regulating Patient Staffing A Complex Issue », *Med-Surg Matters*, Vol. 21 Issue 1, January/February 2012, p. 3

• W. SERMEUS, « Caractéristique et résultats de l'étude RN4CAST relative aux soins infirmiers en Europe », *Revue Francophone Internationale de recherche infirmière*, 2015

Rapports

• ANAP, *Outils de dialogue et d'aide à la décision pour l'amélioration de la performance des organisations*, module 1, Juillet 2015, Consultable sur :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/aider-a-lamelioration-de-la-performance-des-organisations-aelipce/>

• ANMF, *Nurse/Midwife: patient ratios. It's a matter of saving lives*, 18 September 2015, Consultable sur :

[nurse / midwife: patient ratios - Australian Nursing and Midwifery ...](http://www.nursingandmidwifery.com/nurse/midwife-patient-ratios-australian-nursing-and-midwifery)

• MeaH, *Gestion du temps de travail des soignants – Guide de bonnes pratiques organisationnelles*, Février 2009, Consultable sur :

http://www.syndicatinfirmier.com/IMG/pdf/1111_ANAP_Gestion_Temps_Soignants.pdf

• Ministère de la Santé et des Sports, *Recommandations pour apprécier les besoins en personnels paramédicaux*, Janvier 2009, Consultable sur :

<http://www.infirmiers.com/pdf/Recommandations-besoins-personnels-paramedicaux.pdf>

• Ministère des affaires sociales et de la santé, *Masse salariale : pour un suivi renouvelé des dépenses liées aux personnels dans les hôpitaux publics*, Mars 2015, Consultable sur :

<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/ressources-humaines/article/masse-salariale-pour-un-suivi-renove-des-depenses-liees-aux-personnels-dans-les>

• NICE, *Making sure there are enough nursing staff in adult wards in hospitals*, Information for the public, 15 July 2014, Consultable sur :

<https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/resources/safe-staffing-for-nursing-in-adult-inpatient-wards-in-acute-hospitals-15432266437>

Autres sources : Sites Internet

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/aider-a-lamelioration-de-la-performance-des-organisations-aelipce/>

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/aider-a-loptimisation-du-temps-de-travail-des-professionnels-aupres-du-patient/>

Lemoal L., « Ratios infirmière-patients dans le contexte canadien », *Thinknursing !ca*, 2009

Liste des annexes

Annexe I Grille d'entretien semi-directif

Annexe II Tableau descriptif des résultats

Annexe I : Grille d'entretien semi-directif

Thème : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé - Quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés

Nous avons décidé de limiter notre travail au PNM (IDE et AS) et de nous focaliser sur trois services : la réanimation, la chirurgie orthopédique et la médecine interne.

- ✚ Recueil de données propre à l'établissement :
 - Architecture du bâtiment et de l'hôpital ? Pavillonnaire, multi sites ?
 - Architecture des trois services : réa, médecine interne, chirurgie orthopédique
- ✚ Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aurais quelques précisions à vous demander concernant chacun de ces services.

	Réanimation	Méd. Interne	Chir. Ortho.
Nb lits			
Architecture			
Ratios ETP/lits moyens occupés			

- ✚ Dans la détermination des effectifs, prenez-vous en compte les informations suivantes ?

- Ratios ETP/lits moyens occupés
 Oui Non
- IPDMS : Indice de performance – durée moyenne de séjour
 Oui Non
- Taux d'occupation
 Oui Non
- PMCT : Poids moyen du cas traité (permet d'apprécier la lourdeur des prises en charge d'un établissement)
 Oui Non
- Taux d'absentéisme
 Oui Non
- Turn-over
 Oui Non
- Mensualités d'été
 Oui Non
- Le niveau de formation des agents
 Oui Non
- La charge en soin
 Oui Non

OBJECTIF 1 : Identifier les indicateurs à retenir pour avoir un faisceau d'indices dans la prise de décision.

1. A partir de quels éléments, indicateurs sont dimensionnés dans votre établissement les effectifs IDE et AS ?

Relancer si nécessaire sur effectifs normés vs non normés

2. Quels sont les différents acteurs qui interviennent pour déterminer les effectifs de PNM nécessaires dans les services ?

Parmi ces acteurs, qui décide de quoi ?

Relancer si nécessaire : Qui prend la décision de modifier les effectifs ?

Au quotidien et en période de crise

3. Comment est (sont) calculé(s) ce(s) ratio(s) ? *(Si en question 2, l'interlocuteur évoque un ou des ratios d'effectifs)*

Que pensez-vous des méthodes de calcul de ratios ? Sont-ils indispensables ?

Utilisez-vous des ratios spécifiques ? *(Si en question 3, l'interlocuteur n'évoque pas de ratio d'effectifs)*

Oui

Non

Si oui : Quels sont ces ratios et comment sont-ils calculés ?

4. Vos ratios sont-ils différents pour l'activité au quotidien et pour les situations dégradées ?

5. Intégrez-vous l'absentéisme ou d'autres éléments (mensualités d'été, saisonnalité, éducation thérapeutique) ?

6. Quels indicateurs sont retenus ?

7. Quelle est la périodicité de calcul des différents ratios ?

Quelle est la périodicité d'ajustement des effectifs ?

8. Que pensez-vous des ratios proposés par l'ANAP (1IDE et 1AS pour 15 patients, rapport AELIPSE) ? Vous y référez-vous ?

9. Dans un monde idéal, selon vous quelles sont les informations à prendre en compte dans le calcul des effectifs ?

OBJECTIF 2 : Repérer les enjeux des ratios normés et de chaque méthode de calcul des ratios (limites ou opportunités) ?

10. Connaissez-vous d'autres méthodes de calcul ? Pourquoi avez-vous préféré la méthode que vous utilisez ?
11. Vous comparez vous aux autres établissements ?
12. Quel est l'impact de la T2A et de l'ONDAM sur les calculs des ratios de votre établissement ?
13. Avez-vous une politique de réduction des effectifs ?
14. Quel est votre avis sur les effectifs normés ? Sont-ils respectés ? Sont-ils dépassés ?
15. Comment affinez-vous vos ratios ?
 Pour chacun des services étudiés, les activités suivantes sont-elles prises en charge par le PNM ?
 Si oui, l'activité est-elle prise en compte dans la détermination des effectifs ?

	Réanimation		Méd. Interne		Chir. Ortho	
Brancardage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Logistique:						
Commande	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Approvisionnement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Gestion de la biologie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Pharmacie:						
Commande	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Approvisionnement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Prises de rdv dans les services	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Bed-management	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Education thérapeutique (interne au service?)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Fonction hôtelière:						
Commande repas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Distribution des repas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Vaisselle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
Ménage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

OBJECTIF 3 : Questionner les seuils d'acceptabilité (surcharge de travail, qualité et sécurité des soins, pertinence des soins, procédures dégradées) ?

16. Pour maintenir une qualité des soins sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?
17. Utilisez-vous un indicateur de charge en soins ?
18. Évaluez-vous la satisfaction des usagers ? des agents ?
19. Qui analyse ? Comment l'utilisez-vous ?
20. Quel est selon vous le seuil acceptable pour maintenir la sécurité des soins ? Quels sont éléments pris en compte ?
Relancer si nécessaire sur compétence, organisation
21. Pour quelles situations avez-vous élaboré des procédures dégradées ?
Relancer si nécessaire sur crises sanitaires, et anticipation de ces crises, absentéisme
22. Avec le contexte actuel de vos effectifs, votre établissement se rait il en mesure de répondre à une crise sanitaire tout ne maintenant la sécurité des soins ?
Pour combien de temps ? une semaine ? un mois ? plusieurs mois ?
23. Avec les contraintes financières actuelles, en cas de baisse drastique des effectifs, quels moyens privilégieriez-vous ?
Relancer si nécessaire sur RABOT, RE-ARTICULATION des spécialités médicales, création de PLATEAUX DE LITS, MUTUALISATION de lits, lutte contre ABSENTEISME, CONVERGENCE MEDECIN-SOIGNANT ? autres ?

Annexe II : Tableau descriptif des résultats

Objectif 1 : Identifier les indicateurs à retenir pour avoir un faisceau d'indices dans la prise de décision.

Question 1 : A partir de quels éléments sont dimensionnés les effectifs IDE et AS des services ?

CHU A :

DRH	DS
NB de patient, taux d'occupation, SIIPS/AAS, absentéisme, maquette cible du COPERMO (pour 28 lits : IDE-AS M=2 S=2 J=1)	Nombre de lit, projet médical, typologie des patients, maquette (2,2,1,1), charge en soins.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Etude médico-économique entre l'activité, les flux patients, le type d'activité, maquettes organisationnelles, charge en soins : SIIPS et AAS, architecture, recommandation et optimisation des RH de l'ANAP.

CHU C :

DS
Activité, journée réalisée, taux d'occupation, histoire et culture, prendre en compte d'où part la structure PRE.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Pour un <u>nouveau secteur d'activité</u> : - Projet médical - Nombre de lits/places - Type d'activité - Niveau d'activité pressenti - Organisation de travail (amplitude horaires, travail en semaine, activité de week-end...) - Architecture	Ratio ETP/lits moyens occupés IP DMS, taux d'occupation, la charge en soins (via les SIIPS) et expertise en soins de l'encadrement, et du DS, PMCT, taux d'absentéisme, turn over, le niveau de formation des agents.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
<ul style="list-style-type: none"> - l'histoire - les normes - les pratiques - projet médical - réorientation du service, vie du service (activité...) - l'expertise 	<p>Taux d'occupation (objectif 100% --> effectif affecté en fonction), nombre de lits installés, références par décrets pour normés, recommandations SFAR, recommandations 2009, savoir paramédical.</p> <p>Méthode de calcul 1 : à partir des heures théoriquement travaillées et fonction du TPER (Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunéré) fixé par le siège pour chaque pôle l'IP DMS et taux d'occupation sert de menace pour les pôles, le PMCT (cf. question 17). Fonction support type secrétaire médical ne peuvent être exclu des effectifs de pôle. ETP, coordination greffe...sont comprise dans le TPER, sont 1 poste pour 1 pas de remplacement, mais non affecté à un service en particulier. 1er niveau = taux d'occupation, 2ème niveau = IPDMS (bon baromètre pour le remplacement), 3ème niveau = Turn over</p>	<p>Historique</p> <p>Activité (séjours)</p> <p>Spécialité</p> <p>Charge en soins (ressenti et non méthode de calcul).</p> <p>Les autres éléments (taux d'occupation IPDMS... Sont des variables d'ajustement). L'absentéisme n'est pas inclus dans les ratios. La CPP part d'un ETPR historique qui est adapté en fonction des nouveaux projets et des réorganisations.</p>

CH A :

DS	
- NB de lits,	- DMS,
- Taux d'occupation,	- Amplitude quotidienne de travail (par exemple en 12H).

Question 2 : Qui gère ? Quels sont les acteurs ? Qui décide ?

CHU A :

DRH	DS
DRH : calcul théorique des effectifs nécessaires pour la maîtrise de la masse salariale. DS : garant de la qualité et de la sécurité des soins. -> Décision conjointe DRH & DS. CSS : répartition des effectifs selon l'enveloppe déléguée au pôle.	Co-décision du DRH et du DS qui agissent en partenariat. Néanmoins le DS reste le garant de la qualité, de la sécurité des soins, et des conditions de travail des agents.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs	
Direction des soins, Encadrement de proximité et supérieur de pôle. L'évaluation des besoins pour les personnels autre que soignants se fait par la DRH, et la DG décide sur ces sujets lors de la création d'une nouvelle activité.	

CHU C :

DS
Conjointement entre le DS et DRH. Le DS porte la qualité et sécurité des soins.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
'Secteur d'activité déjà installé' : historique +DS fournit à la DRH un écart : +2 IDE développement d'une activité. Ne fournit pas les valeurs des ratios. Prise en compte du ressenti des équipes. <u>Nouveau secteur d'activité</u> : Direction des affaires médicale indique dans le projet médical les effectifs souhaités. Le directeur de pôle en discute avec les chefs de service de pôle. La DS travaille avec le secteur concerné pour calculer le personnel nécessaire (pas de concertation avec DRH). La DRH valide (tranche si nécessaire). La décision finale appartient au siège.	Restructuration : Rencontre de l'encadrement de pôle, les différentes directions fonctionnelles (finances, DRH, DS) = 4 acteurs et on travaille sur le ROI (retour sur investissement), pour optimiser au mieux les besoins. Et on calcule les effectifs en fonction des besoins.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
Collaboration DS-DRH -DS décide d'effectifs cibles - DRH décide des effectifs réels et vérifie l'aspect réglementaire des plannings. Avec avis finances, médecins, cadres de pôle.	Le DS ne décide pas seul, il se base sur les cadres de pôles ou cadres RH, pour établir la matrice des postes de travail. Le DS détient la garantie, le contrôle des calculs. Il suggère aux pôles des mouvements de personnels d'un service à l'autre. Ceci se décide en CODIR. Le DS dans le cadre de nouveaux projets dimensionne. La validation du projet est réalisée par le directeur du GH en conférence budgétaire au siège, le DRH autorise le recrutement auprès des pôles c'est son seul rôle dans ce cadre-là. Restructuration en responsabilité du trio de pôle.	Pour les nouveaux projets : Les besoins sont analysés et proposés par l'encadrement du pôle et du service concerné. La DS confirme (ou modifie). Les besoins sont validés par le directeur du GH -> Présentation du nouveau projet au siège pour obtenir des financements. Si obtention de financement-> ETPR revalorisé. DRH intervient pour finaliser l'augmentation du TPER au regard des nouveaux moyens (+ validation des recrutements). Si financement partiel ou pas de financement, le site (DS, CPP, DRH) étudie le redéploiement en interne des équipes. La DRH finalise les redéploiements dans le cadre d'un nouveau TPER. Redéploiements : pas la nécessité de le présenter au siège. Proposé par le CPP, validé par la DS, DRH et Directeur du groupe.

CH A :

DS
Le DS en collaboration avec les cadres et les cadres sup. de santé.

Question 3 : Utilisez-vous des ratios spécifiques ? Comment procédez-vous pour calculer vos ratios (précisez lesquels : infirmiers-patients ou infirmiers/AS-patients) ? Avez-vous des méthodes de calcul de ratio ? Qu'en pensez-vous ? Si non, comment procédez-vous ? Sont-ils indispensables ?

CHU A :

DRH	DS
<p>Non, globalement entre 0,93 et 1 ETP IDE AS par lit. Indicateur de charge en soins qui permet de mesurer l'adéquation entre le personnel présent et les besoins en soins. Quelle que soit la méthode utilisée, il est nécessaire d'avoir des éléments chiffrés pour dimensionner un service.</p>	

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
<p>Le calcul diffère entre les secteurs normés et non normés. Le calcul pour les unités non normées : lits occupés sur une base de 100% au départ, calcul ensuite en fonction de l'absentéisme, obligation annuelle du temps de travail, Calcul infirmiers/AS- patients, charge de travail et SIIPS (photographie du passé), tient compte des AAS : brancardage central sauf pour les réanimations, temps de transport des prélèvements, la pharmacie avec la livraison, commande, le rangement, la prise de rendez-vous, gestion des lits (certaines unités ont des bed-manager comme les Urgences, fonctions hôtelières et ménage ne sont pas sous traités.</p>

CHU C :

DS
<p>Pas d'utilisation de ratio. L'établissement participe au recueil de données de la base de Reims. Par contre le DS le regarde que partiellement car sait que la structure est en PRE son établissement est le 1er quart dont les effectifs sont le plus bas. Utilisation de maquette avec 1IDE pour 15 patient et 1 J lorsque c'est possible</p>

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
<p><u>Sur site A</u> : Calcul d'effectifs basé sur le nb d'heures travaillées/jour + le nb de jours travaillés dans l'année. Ne prend pas en compte l'absentéisme, les congés... Le DRH souhaiterait avoir une base de données, des outils plus automatisés pour avoir des mises à jour régulières des ratios. La DRH est en train de mettre en place un nouveau ratio à partir du nb de lits exploitables par structure et des effectifs rémunérés sur celles-ci. Raisonnement par métier : ratio agent par lit exploitable.</p> <p><u>Au siège</u> : Existence de ratios basés sur l'ensemble des établissements. Ratio IDE/AS par lit par type d'activité et par établissements. Nb de lits ouverts = nb de journées de lits exploitables - nb de journées de lits indisponibles total / nb de journées de la période. Inconvénients : l'affectation des agents ne correspond pas toujours à la réalité. Ratios par qualification alors qu'il faudrait des ratios par métier. Certains agents travaillent sur plusieurs secteurs.</p>	<p>Coefficient calculé par la coordo DS à partir des heures travaillées par les agents. S'appuie sur les recommandations (document de 2009), la réglementation par rapport aux services normés.</p>

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
<p>- ETP / lit occupé - Utilisation Hospidiag : indices de performance -> Ratio IDE/AS par cadre (Hospidiag basé sur SAE : statistiques des établissements de santé) - ENC -> coût moyen par pathologie Problèmes : l'affectation des agents dans les UG.</p>	<p>ETP/nombre de lits. Oui, à partir d'un tableau du siège qui sert à dimensionner, conformément à la réglementation, mais le siège a affiné pour les autres paramédicaux kiné, diet... Répartition au jugé, et en charge de travail ensuite. Considère que les ratios fixés par recommandations tiennent compte de la charge en soins, ajuste. Le CHU a fixé une IDE et une AS pour 15 lits de médecine et 1 et 1 pour 12 lits de chirurgie (difficulté à appliquer selon la spécialité). Pour les consultations, ce sont souvent des agents en reclassement. Le DS regarde s'il y a des soins (prélèvements, pansements...), sinon des AS suffisent.</p>	

CH A :

DS		
Maquette référence pour 26 lits :		
	IDE	AS
M	2	2
S	2	2
J	1	1
N	1	1
Pour la nuit, 2 IDE si les actes techniques ou le nursing sont très présents.		

Question 4 : Vos ratios sont-ils différents pour l'activité au quotidien et pour les situations dégradées ?

CHU A :

DRH	DS
Les effectifs dédiés permettent de couvrir 100% d'occupation. En cas de situation dégradée, les effectifs seront à disposition pour faire face à l'accueil maximal de l'établissement. Un dépassement de capacité peut être assumé sur une courte période, mais pas sur une longue durée. Exemple EURO 2016 : enveloppe ARS en sus permettant un renforcement ponctuel notamment sur les compétences rares.	En situation de crise, la priorité n'est pas donnée au ratio de personnel. L'objectif est de garantir la prise en charge des patients avec les ressources et les compétences nécessaires. Méthode : - Déprogrammation de l'activité et concentration des ressources sur les urgences, blocs et réa. - Le personnel est monopolisé durant des périodes de 6h consécutives. A l'issue de ces 6h, une rotation est organisée. Des lieux de repos peuvent être mis en place. - Réévaluation à 48h

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Non, les ratios sont calculés au seuil. Si ces ratios baissent, c'est uniquement lié à une baisse d'activité. Il n'y a pas le budget pour.

CHU C :

DS
Pour lui une situation de crise est l'hôpital en tension : dédouble des chambres seule pdt 3-4 jours, bed manager pour la gestion de flux patient, faire sortir le patient dès prescription de sortie, développement de l'HAD, salon de sortie. Si absentéisme environ 10% massif la DS déclenche un recrutement de mensualités. Nécessité d'une réactivité organisationnelle et donc un bon fonctionnement avec le DRH.

CHUD, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	Oui en cas de grève et en cas d'absentéisme fort.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
	Oui, en cas de grève, il existe une procédure dégradée. On assigne en général N-1	L'absentéisme est essentiellement couvert par le pool central, les CDD (> 3 mois d'absence). Le pôle n'a pas les moyens de se créer un pool au sein du pôle. En cas de grève importante, fermeture totale d'unité (CS, HDJ).

CH A :

DS
L'effectif est calculé pour 100% d'occupation. En cas de crise, les taux d'occupation seront regardés afin d'allouer ou non des effectifs supplémentaires.

Question 5 : Intégrez-vous l'absentéisme ou d'autres éléments (mensualités d'été, saisonnalité, éducation thérapeutique...) ?

CHU A :

DRH	DS
Absentéisme = OUI, 5% pour tous les services sauf REA et BLOCS 8%.	

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Les rations ne tiennent pas compte de l'absentéisme mais de l'Effectif nécessaire au lit du patient (EPN : effectifs productifs nécessaires) mais les pôles ont une enveloppe de remplacement et pour répondre aux droits des agents existe une UPR (unité polaire de remplacement), l'éducation thérapeutique est intégrée dans du temps de soins relationnels (il existe aussi une unité dédiée à l'éducation thérapeutique, en pédiatrie +++ et une unité de sevrage en réanimation), les mensualités d'été sont gérées en central.

CHU C :

DS
Absentéisme intégré mais les effectifs avec une faible marge de manœuvre

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Taux d'occupation, charge en soins (sans certitude)	Non, mais équipe de suppléance au long cours, et pool court (a été retiré des effectifs globaux) et souhait de reprise de l'intérim en central. Présence d'une cellule de gestion des lits --> retiré des effectifs des urgences géré par la direction générale. Fonction logistique, transport centralisé, AS en tant qu'officière dédié non comptabilisé. Par contre présence d'AS en tant que secrétaire hospitalière, comme des référents éducation thérapeutique sont comptabilisés dans les ratios.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
Absentéisme, congés maternité, taux d'occupation	Les ratios ne tiennent compte de l'absentéisme. Il y a une équipe de suppléance ou pas et doit appartenir à la direction des soins. Enveloppe attribuée aux pôles pour remplacement absentéisme (intérim et heures sup) non comptée dans le calcul des effectifs.	L'absentéisme n'est pas intégré. Les mensualités d'été sont payées par le pôle, mais les remplacements ne sont pas tous autorisés. Pas intégrées dans les calculs d'effectifs. L'éducation thérapeutique doit être développée à moyens constants, il n'y a pas de moyens supplémentaires.

CH A :

DS
<ul style="list-style-type: none"> - Formation prise en compte, - Education thérapeutique : NON (équipe dédiée par service à travers un financement).

Question 6 : Quels indicateurs sont retenus ?

CHU A		CHU B	CHU C	CHU D, site 1	
DRH	DS	Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs	DS	DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Cf. question 1	Cf. question 1	cf. question 1	RUM, Taux d'occupation, nombre de journées réalisés soin critiques		cf. question 1

CHU D, site 2			CH A
DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)	DS
	cf. question 1	cf. question 1	cf. question 1

Question 7 : Quelle est la périodicité de calcul/réajustement ?

CHU A :

DRH	DS
La cartographie générale est fixée lors du dialogue de gestion annuel, ou lors de réorganisations. Des ajustements ponctuels peuvent être accordés mensuellement lors des commissions des effectifs.	Idem réponse du DRH

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
A la demande de l'encadrement ou des soignants en fonction de la typologie et de la lourdeur des patients. Codage SIIPS régulier permet d'alerter après vérification du contrôle qualité codage.

CHU C :

DS
Conjoncture, le dimensionnement des PNM est difficile (exemple de l'augmentation du point d'indice qui augmente la masse salariale et qui va demander des économies d'effectifs). Nécessité de beaucoup de dialogues avec les équipes et le trio de pôle.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Le réajustement se fait en cas de réorganisation.	En cas de restructuration, regroupement d'activités, augmentation d'activités, travaux redéploiement du personnel, nouvelle répartition dans un pôle, ou évolution des techniques. Sinon au moins deux fois par an en conférence de pôles (effectifs, intérim). Des avenants aux contrats de pôle sont écrits. Régulièrement des points sont réalisés avec la direction des finances, la DRH, recherche de l'efficience.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
Annuellement, lors de la revue annuelle des pôles + négociations mensuelles avec certains pôles	A chaque restructuration	Pour les nouveaux projets et réorganisation : Présentation des changements en conférence de pôle (2 fois par an). En cas d'ajustements mineurs, réalisés directement en interne par le CPP qui prévient la DS et la DRH.

CH A :

DS
Régulièrement, au gré des réorganisations ou des tensions dans les services.

Question 8 : Que pensez-vous des Ratios proposés par l'ANAP (1 IDE & 1AS/15 patients, Rapport Aelipce) ? Vous y référez-vous ?

CHU A :

DRH	DS
Ne connaît pas.	Insuffisant pour la typologie des patients d'un CHU (l'hyperspécialité et les polyopathologies). Cette norme ne peut pas être adaptée partout. Elle ne prend pas en compte la mission de formation du personnel paramédical et médical des CHU.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Ces ratios aboutissent aux mêmes résultats que ceux calculés par la DS. Les unités de 30 lits sont l'idéal pour dimensionner une unité. L'outil Aelipce est connu : participation à la construction de cet outil et plus pour les créations, moins utile pour les opérations de modernisation. Le CHU ne l'utilise pas car Aelipce ne fournit pas de valeur ajoutée aux indicateurs utilisés pour dimensionner les unités de soins.

CHU C :

DS
Utilise le logiciel Aelipse pour calculer les effectifs dans des unités de 30 lits mais ce n'est pas toujours le cas. Besoins de connaître les éléments sur la structure : architecture, spécificités de prise en charge des services.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Ne connaît pas.	Ne les connaît pas, ni l'outil Aelipce

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
Ne s'y réfère pas. Outil Aelipce est monstrueux : demande trop de travail. Finalité intéressante mais trop exigeant, pas ergonomique.	Ne s'y réfère pas. S'appuie sur le document de 2009 car a fait partie du groupe de travail. A déjà utilisé les ratios ANAP en lien avec les m2 dans le cadre d'une ouverture de nouvel établissement. Outil Aelipce est utile s'il n'existe rien, mais très chronophage. C'est une véritable usine à gaz	Ne connaît pas et donc n'applique pas. Se réfère aux documents transmis par le siège (décembre 2014) détaillant les effectifs normés ainsi que les ratios non normés (1->12 en chir et 1>15 en médecine).

CH A :

DS
Pas adaptés pour l'activité du CH, dont la DMS est courte. Sur un établissement dispensant moins d'actes techniques, la norme ANAP semble plus applicable.

Question 9 : Dans un monde idéal, quelles informations devrait-on prendre en compte dans le calcul des effectifs ?

CHU A :

DRH	DS
Des maquettes universelles. SIIPS/AAS permettent de s'ajuster à la charge en soins, mais pose la question de l'investissement en temps des agents.	Les hôpitaux devraient tendre vers une adéquation entre l'activité et les ressources humaines présentes mais difficile à mettre en œuvre. Les décideurs se basent donc sur des moyennes. Il y a un manque d'anticipation et d'outils de pilotage.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Les SIIPS permettent d'objectiver la charge en soins face aux ressentis des soignants. Le taux d'absentéisme est un levier important et réduire cet absentéisme permettrait d'ajuster les ratios

CHU C :

DS
Pouvoir anticiper l'activité dans les différents services et dimensionner les équipes en fonction.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Superficie des locaux, activité, taux d'occupation.	Nombre de patients, Soins effectués en prenant en compte les différents paramètres (soins indirects), conditions de travail, les types de pathologies accueillies, connaissance de la structure et charge de travail génère.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre paramédical de Pôle)
Tenir compte des services supports, IPDMS, PMCT, qualité des soins, et construire des ratios pour un effectif minimum à l'activité.	Complexe. Impossible de faire converger CHU et CH. En CHU beaucoup de tps à former des internes, à faire développer l'innovation. Il faut aussi prendre en compte le bassin de population, poids social différent qui impacte la charge de travail (non standardisable). 1- L'architecture (unité de 25 lits idéals---> et pas 24. C'est le plus important, c'est la clef de voute. 2- Taux d'occupation (facile d'utilisation) 3- La négociation avec l'encadrement.	Activité. Taux d'occupation. Charge en soins.

CH A :

DS
- La technicité des IDE et des AS, - L'architecture, - PMCT.

Objectif 2 : Repérer les enjeux des ratios normés et de chaque méthode de calcul des ratios : limites ou opportunités

Question 10 : Connaissez-vous d'autres méthodes de calcul ? Pourquoi avez-vous préféré la méthode que vous utilisez ?

CHU A :

DRH	DS
Non.	

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Oui, les 3 méthodes sont connues. La méthode en jour est imprécise mais est utile pour les cadres au forfait. La méthode en heure offre une plus grande précision.

CHU C :

DS
Non, utilisation des maquettes réévaluées qui prennent en compte l'histoire, le contexte et son évolution

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	Oui mais n'en est pas en charge véritablement (plutôt la coordo).

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (Cadre paramédical de pôle)
	Non	Elle utilise la méthode en "jours", alors que la DS prend la méthode en "heures" travaillées. La méthode jour est plus simple.

CH A :

DS
Non.

Question 11 : Vous comparez-vous aux autres établissements ?

CHU A :

DRH	DS
DRH : calcul théorique des effectifs nécessaires pour la maîtrise de la masse salariale. DS : garant de la qualité et de la sécurité des soins. Décision conjointe DRH & DS. CSS : répartition des effectifs selon l'enveloppe déléguée au pôle.	Oui entre CHU, mais pas avec des CH car ce n'est pas la même typologie de patients. Se compare à travers le réseau des autres DS.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Oui entre d'autres structures mais l'architecture et l'histoire sont des facteurs importants. Comparaison avec Nantes sur les organisations.

CHU C :

DS
Oui, la base de Reims compare les CHU participant. Elle a pour intérêt de faire du benchmarking et c'est une aide à la décision.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Avec l'ensemble des établissements du CHU, à travers les données fournies par le siège.	Non, plutôt en interne à l'intérieur du GH, à leur initiative.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (Cadre paramédical de pôle)
Comparaison entre GH.	Tentative de comparaison par le biais de la base du CHU d'Angers mais peu fructueuse. Ok pour un ratio composite, mais il faut l'exploiter.	Uniquement avec les établissements du CHU, mais de manière informelle car les tableaux "ne sont pas justes". Il y a un intérêt dans la comparaison, mais ce n'est pas structuré. Utilisation du réseau professionnel essentiellement.

CH A :

DS
Oui, avec un CH de la même région.

Question 12 : Quel est l'impact de la T2A et de l'ONDAM sur le calcul des ratios de votre établissement ?

CHU A :

DRH	DS
Rareté des ressources qui encourage les établissements à maximiser les recettes, et maîtriser la masse salariale (majorité des dépenses).	

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Impact économique et maîtrise financière (CHU est une structure universitaire et de recours)

CHU C :

DS
Très fort impact, l'établissement mène une politique de maîtrise des dépenses d'autant plus qu'il y a un PRE depuis plusieurs années pour maintenir un équilibre ou faible déficit.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Plan d'efficience (soixantaine de postes / an environ sur l'ensemble du GH).	Un impact sur le suivi d'activités pour le court séjour et ajustement des effectifs (sur le dimensionnement) en conférence de pôles.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (Cadre paramédical de pôle)
Efficience : recherche d'une autre activité. Les établissements deviennent des compétiteurs. On joue plus sur les ratios sur le volume global.		Pression financière importante via un contrôle du titre 1 et des effectifs en baisse depuis son arrivée. Le CHU recherche l'équilibre financier et met à contribution les GH.

CH A :

DS
Dans un contexte de CREF, la T2A les amène à comparer les bénéfices de l'activité avec le dimensionnement des effectifs.

Question 13 : Avez-vous une politique de réduction des effectifs ?

CHU A :

DRH	DS
Non mais de maîtrise de la masse salariale. Allouer les justes ressources aux justes besoins.	

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Dans le cadre du plan triennal, des objectifs sont à tenir et eu égard le coût de la masse salariale, cette dernière ne progresse plus aussi vite (le cout ETP progresse plus que les recettes, développement de l'ambulatoire).

CHU C :

DS
Oui plutôt maîtrise de la masse salariale le fait de ne pas remplacer au mois au mois les postes vacants permet de faire quelques économies. Actuellement les effectifs sont positionnés à l'activité.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Plan d'efficience	Non, mais recherche d'efficience

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (Cadre paramédical de pôle)
Non	Là on travaille sur l'OTT (Organisation du temps de travail) on va avoir quelques marges, mais c'est une fois. Mise en place du pneumatique (personnels seront repris sur la restauration, ...). On est à l'équilibre, donc on cherche à rééquilibrer les effectifs dans les pôles.	Plan d'efficience. Depuis son arrivée, l'effectif du pôle a perdu des postes.

CH A :

DS
Oui, 120 postes sur 3 ans. Indemnité de départ volontaire.

Question 14 : Quel est votre avis sur les effectifs normés ? Sont-ils respectés ? Sont-ils dépassés ?

CHU A :

DRH	DS
Ils sont élevés, et devraient être réajustés régulièrement. Illustration : lors d'un EI dans un service normé, l'ARS étudie en priorité les effectifs afin de s'assurer que la norme a été respectée. Cet élément est plus malléable dans les services non normés. Gérer les effectifs avec des maquettes revient en quelque sorte à utiliser des normes d'effectifs.	Permet d'amener un guide et d'éviter les dérives. La norme sur les réa est correcte. La norme ne prend pas en compte l'architecture. Certains secteurs doivent être sur-dotés par rapport à la norme du fait de l'architecture. L'expertise du DS est nécessaire. Norme à généraliser : sur l'ambulatoire (recommandations aujourd'hui) et sur les blocs.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Facilité du dimensionnement du service, pas de discussions sur les effectifs, difficulté sur la gestion de l'absentéisme au regard du taux d'occupation.

CHU C :

DS
Les effectifs normés donnent un repère et ils sont respectés

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Réa : La norme est bien en deçà de la recommandation. Les normes sont insuffisantes.	Ils sont adaptés et respectés. Adaptés car ils arrivent à trouver des ressources en interne quand il y a de l'absentéisme. Cela crée une entraide dans ces services particuliers. Mais source de dépenses aussi quand on ne trouve pas les métiers que l'on souhaiterait avoir (ex : IADE).

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (Cadre paramédical de pôle)
Les normes sont restructurantes.	Toujours prendre des références opposables. Elles sont adaptées, la problématique quand sont créées des normes c'est l'influence du privé qui baisse les effectifs, car n'ont pas le même public. J'aurai aimé une norme de 1 pour 12 pour les services de chirurgie / médecine. Non respectés pour des problèmes d'architecture, d'historique, système de rentes des services bien dotés antérieurement.	Seuil minimal : avantage : est toujours appliqué. Double tranchant. Intéressant pour l'ouverture de l'unité car permet d'obtenir du personnel. Mais ensuite, il faut maintenir la norme dans le temps, au détriment des autres services. Pour le CPP, le dimensionnement préconisé dans les effectifs normés est justifié.

CH A :

DS
- Globalement suffisants, et confortables, - Elles sont respectées au plus juste, mais augmentées en REA (1 IDE expérimenté(e) qui accueille les nouveaux, et supervise les transports ; 1 AS chargé(e) de l'entretien du matériel spécifique à la REA).

Question 15 : Comment affinez-vous vos ratios ?

CHU A :

DRH	DS
Situation individuelle des services, sous le regard du DS.	Les soignants ne gèrent pas : - brancardage - éducation thérapeutique (équipe mobile ou IDE dédiée).

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Evaluation de la charge en soins (soins techniques nécessitent plus d'IDE et soins de base nécessitent plus d'AS), le vieillissement de la population nécessite plus d'AS eu égard la hausse de la dépendance. Indicateur IPADS couplant les AAS+SIIPS pour déterminer la charge de travail. Calcul entre la charge de travail et les effectifs : un ratio à 1 correspond à un bon équilibre entre ces deux paramètres. Les contraintes économiques ne permettent pas toujours de les ajuster correctement.

CHU C :

DS
Evaluation au cas par cas des organisations avec une évaluation mis en adéquation avec l'activité.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	A partir de l'évaluation de la charge en soins, aussi l'expertise soignante.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (Cadre paramédical de pôle)
	A partir de son expertisé, au jugé, se déplace dans les services pour juger. Sa limite dans l'ajustement des effectifs, ou la diminution c'est en partie le cadre social. Essaye d'être au plus juste en amont.	En fonction de la charge en soins, et de l'activité. La notion de pôle lui permet une flexibilité entre service et entraide, en cas de surcharge de travail dans un service donné.

CH A :

DS
Selon l'expertise du DS et du contexte du service.

Objectif 3 : Questionner les seuils d'acceptabilité (surcharge de travail, qualité et sécurité des soins, pertinence des soins, procédure dégradée)

Question 16 : Pour maintenir une qualité des soins, sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

CHU A :

DRH	DS
Coefficient de charge de travail attendu par agent.	Alertes : EI, actes de malveillance, chutes, erreurs médicamenteuses, identito-vigilance, courriers de satisfaction ou mécontentement adressés à la CRUQPC. Conditions de travail : Absentéisme, satisfaction au travail, satisfaction des équipes médicales.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Absentéisme, suivi du taux d'escarres, tenue des dossiers patient, satisfaction de l'accueil patient avec des questionnaires, critères d'identito-vigilance, ...stand up meeting permettent le suivi avec les équipes de ces indicateurs. La formation des agents est un élément important pour ajuster les compétences.

CHU C :

DS
Audit flash un jour donné. Exemple sur le comportement soignant : tenue conforme, port de gant, bijoux, cheveux attachés, absence d'alliance. Audition des dossiers sur indicateurs IPAQSS : traçabilité de la douleur, dossier d'anesthésie. La visite HAS V2014 a eu les félicitations sur le parcours patients, tenue armoire à pharmacie, chariot d'urgence.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
Direction qualité : retour d'expérience. DRH plus dans la quantité que dans la qualité. Aspect disciplinaire joue sur la qualité des soins.	Audits hygiène + audits institutionnels sur les chutes, bientraitance, escarres. Evaluation tous les 2 ans du dossier médical et dossiers de soins (suivi).	Indicateurs clé : Lorsque les soins n'ont pas été réalisés faute de personnel. Une CRUQPC par pôle depuis peu.

CH A :

DS
- Infection du site opératoire, - Les remplacements, avec les pools en variable d'ajustement, - Alerte des cadres sup. sur la charge de travail, notamment en cas de pic d'absentéisme.

Question 17 : Utilisez-vous un indicateur de charge en soins ?

CHU A :

DRH	DS
DRH : calcul théorique des effectifs nécessaires pour la maîtrise de la masse salariale. DS : garant de la qualité et de la sécurité des soins. -> Décision conjointe DRH & DS. CSS : répartition des effectifs selon l'enveloppe déléguée au pôle.	Oui les SIIPS qui est un outil de décision du DS et un outil managérial de pilotage. Il permet d'objectiver la prise de décision auprès des équipes et fait désormais parti du langage médical

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Oui, les SIIPS et l'IPADS qui permet d'agglomérer les SIIPS et les AAS.

CHU C :

DS
Les SIIPS sont une aide quand mis en place dans la structure. Mais ce n'est pas une priorité. Cet outil de mesure reste subjectif. Il existe un vague doute méthodologique le côté scientifique de la démarche à des difficultés à répondre. Si solution efficace tous les établissements l'utiliseraient. Les résultats donnent des équipes inflationnistes.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
Ne sait pas	Oui les SIIPS, mais a l'impression que cela desservirait certains secteurs comme la gériatrie. Donc évitement. Mis en place sur tous les secteurs du court séjour, calcul réalisé tous les jours --> cadre expert en charge de cette activité peut aider à l'ajustement d'effectifs en cas d'absentéisme

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
	Va voir dans les services. Le PMCT va aider à savoir si charge de travail lourde, cela donne quand même un faisceau d'indices mais pas suffisant. Essai d'utilisation des SIIPS en ce moment sur la réa cardiaque, mais en général les 3 que cela soit PENDISCAN, PRN ou les SIIPS. Pour voir on comparera avec avant l'historique. Cela s'appuiera aussi la remise aux normes de cette réa. Souhaiterait une comparaison avec les autres réa pour savoir qui on renforce en priorité.	Les études de charges en soins ne sont pas utilisées car trop difficile à mener. Quelques essais ont été réalisés, notamment dans le cadre de l'étude financière des greffes (chronométrage du temps IDE AS pour cette prise en charge...). SIIPS : méthode abandonnée. La meilleure méthode : étude terrain. Expertise du CPP.

CH A :

DS
Non, les SIIPS ont été abandonnés il y a 15 ans car le bénéfice était inférieur à l'investissement.

Question 18 : Évaluez-vous la satisfaction des usagers ? Des agents ?

CHU A :

DRH	DS
Non pris en compte dans le calcul d'effectif (DS garant de la satisfaction des usagers).	Oui cf. question 16

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Oui (usagers et agents)

CHU C :

DS
Bilan présenté à la CRUQPC et à la CSIRMT. Le DS reçoit également les courriers de plainte pour apporter un éclairage

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	Oui pour les usagers, pour les agents réalisés par le siège.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
Enquête téléphonique pour avis usagers mais ne sert pas pour le calcul des effectifs. Satisfaction agents : enquête faite par le siège mais pas pris en compte pour le calcul des effectifs.	Il faut être équitable entre les pôles. Ne tient pas compte de la satisfaction des agents. Satisfaction des usagers : très rarement.	Satisfaction des usagers : Questionnaire institutionnel + CRUQPC par pôle + Enquêtes ISATIS. Satisfaction des agents : Feedback des agents au niveau des cadres.

CH A :

DS
Oui, mais cela n'est pas pris en compte dans le dimensionnement des services.

Question 19 : Qui analyse ? Comment l'utilisez-vous ?

CHU A :

DRH	DS

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Direction de la qualité et de la clientèle, Direction des soins, CREX...Cela ne se traduit pas par une réponse automatique en ETP mais plus sur une réflexion sur l'organisation afin que l'EI ne se reproduise pas.

CHU C :

DS
Analyse par le directeur responsable de la CRUCQPC. Souvent des problèmes de comportement d'agent ou matériels défectueux. Permet d'avoir un regard sur ce qui ne va pas pour réajuster.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	Usagers : analyse par le responsable qualité, un référent qualité dans chaque pôle --> restitution en CRUQPC pour chaque site. Prise en compte pour ajustement effectifs pas dans tous les services mais en gériatrie oui à partir des plaintes, des demandes des familles (temps kiné supplémentaire...) Agents : ajustement plus ou moins.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
		CRUQPC : étude réalisée par la qualité. Enquête ISATIS : Siège. Feedback agent : via l'encadrement. N'a pas d'impact sur la gestion des effectifs, mais cela sert comme outil de gestion pour améliorer la qualité de la prise en charge.

CH A :

DS

Question 20 : Quel est selon vous le seuil acceptable pour maintenir la sécurité des soins ? Quels sont les éléments pris en compte ? (Compétence, organisation...)

CHU A :

DRH	DS
Seuil variable en fonction des services. Expertise du DS qui rentre en compte.	Faisceau d'indices (Cf. liste question 16) et expertise du DS.

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Il existe des procédures adaptées. Les effectifs ne sont pas diminués le week-end afin de maintenir la sécurité des soins mais le CHU se situe sur un ratio plancher.

CHU C :

DS
La charge en soins du service est toujours évaluée, lorsqu'il y a une alerte de difficulté en interrogeant le nombre de toilettes, de personnes dépendantes, de voies veineuses périphériques.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	Définition d'un effectif minimum requis par jour et un seuil minimal, différence entre semaine et WE, matin, AM (charge en soins, expertise, analyse de l'activité comme pour le brancardage) vu surtout par rapport aux fonctions IDE et AS.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
	Cf. question 17	Feedback de l'encadrement en fonction de l'enquête terrain. Point principal : que le personnel puisse réaliser les soins requis pour la prise en charge. En cas de débordement /de sous-effectif pour un service, demande un renfort auprès d'un autre service du pôle moins surchargé.

CH A :

DS
Il n'y a pas de seuil. La décision est prise par le DS en fonction de l'expertise et de l'analyse du contexte.

Question 21 : Pour quelles situations avez-vous élaboré des procédures dégradées ? (Crises sanitaires et anticipation de ces crises, absentéisme...)

CHU A :

DRH	DS
Cf. Objectif 1, question n°4 (exemple : EURO).	Exemples : - EURO 2016 : renforcement des équipes - Ouverture de 10 lits de post-urgence ou médecine dans le cadre d'hôpital en tension (effectifs : 1 IDE / 2 AS)

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
Procédure en cas d'afflux de patient lors d'une épidémie par exemple. Mais aussi dans le cadre de l'EURO 2016. Des professionnels du CHU sont mobilisables dans le cadre de la réserve sanitaire de l'EPRUS.

CHU C :

DS
Il y a la crise sanitaire mais qui est exceptionnelle rappel des agents et annulation de l'activité programmée. Ensuite crise en interne avec mise en place d'actions dégradées.

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	En cas de grèves En cas d'absentéisme fort particulièrement en gériatrie (avec logigramme et soins reportables)

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
	cf. question 4	Absentéisme : géré avec des renforts d'autres services, par l'utilisation du pool central, par des CDD (>3 mois d'absence). Grève : Fermeture d'unité pour faire face aux prises en charge urgentes. Crise Sanitaire : réponse graduée. Plan hôpital en tension, plan bleu, plan blanc. Le principe est de déplacer les interventions programmées pour prendre en charge les urgences.

CH A :

DS
Une procédure est établie en cas de grève, pour le reste il s'agit d'un ajustement au cas par cas.

Question 22 : Avec le contexte actuel de vos effectifs, votre établissement serait-il en mesure de répondre à une crise sanitaire tout en maintenant la sécurité des soins ?

CHU A :

DRH	DS
Oui, pour 3 à 4 jours, pour une activité supérieure à 100% d'occupation.	Idem réponse du DRH

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs

CHU C :

DS

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
	Oui, en cas de plan blanc bonne préparation, bien organisé, simulation. Difficile de dire combien de temps, mais suffisamment.

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
Aucun établissement en France ne peut faire ça. C'est la notion de tri : on priorise ce qui est urgent. L'hôpital n'est pas fait pour absorber ça à long terme mais il sait s'y adapter simplement par le tri.	Oui, mais pas longtemps. Si crise aigüe = plan blanc. Les personnels se mobilisent. Ce qui est compliqué c'est tenir sur la durée. Le plus difficile serait une crise qui évolue progressivement comme la canicule, grippe... (surveillance du taux passage aux urgences + renforcement de personnel) --> montée des OSIRIS, les plaintes des OS... c'est une alerte.	Les effectifs ne sont pas dimensionnés pour des crises sanitaires de longues durées. Pas de précédent à ce titre. Dans ce cas, l'hôpital adaptera sa prise en charge aux besoins nécessaires, avec la réponse graduée. Ensuite, les personnels seront mis à contribution, mais il est difficile de prévoir ce l'impact à plus long terme.

CH A :

DS
Oui, en s'appuyant sur la volonté et la mobilisation des agents.

Question 23 : Avec les contraintes financières actuelles, en cas de baisse drastique des effectifs, quels moyens privilégieriez-vous ? Rabot ? Réarticulations des spécialités médicales ? Création de plateaux de lits, mutualisation de lits ? Lutte contre l'absentéisme ? Convergence médecins-soignants ? Autre ?

CHU A :

DRH	DS
<p>Prioritairement : mener une politique institutionnelle de réorganisation, qui semble difficile à mener sans l'implication du corps médical.</p> <p>En parallèle, engager une lutte contre l'absentéisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu favorable au <u>coup de rabot</u>, toutefois cette méthode est facile (peut permettre de rééquilibrer les effectifs en fonction des départs en retraite), mais peu constructive. - Plateaux lits : difficile à mettre en place en CHU du fait de l'hyperspécialisation des médecins. 	<p>Idem réponse du DRH + fermeture de lits et développement de l'ambulatoire.</p>

CHU B :

Direction des soins : Cadre supérieure de santé en charge des effectifs
<p>Réarticulation des spécialités + création des plateaux lits avec la convergence médecins/soignants. L'idée est de fournir une offre de soins adaptée aux besoins. Cela nécessite une refonte du projet médical par une analyse de chaque secteur ==> Anticipation des besoins futur. La mutualisation est une bonne option par les regroupements de plateaux techniques (ex : consultations regroupant 3 pôles et favorisant le parcours patient : s'adapter au patient et non le contraire)</p>

CHU C :

DS

CHU D, site 1 :

DRH (pilotage des effectifs et de la masse salariale)	DS
<p>Souvent l'efficacité est faite à l'occasion des restructurations, des réorganisations.</p> <p>Ces dernières années, une grande partie de l'efficacité a été le résultat de regroupements d'activités sur un même bâtiment.</p> <p>Parfois coupe non ciblée.</p> <p>Tableau de suivi de l'absentéisme (médical vs non médical). Envoyé tous les 3 mois aux cadres paramédicaux de pôle et aux cadres administratifs de pôle.</p>	<p>Non confrontée, mais choisirait le rabot. Politique de convergence médecins - soignants en cours étude sur deux services : un des axes du projet de soins 2015-2019. Et politique de lutte contre l'absentéisme, avec reprise de contrôle en central</p>

CHU D, site 2 :

DRH	DS	CPP (cadre Paramédical de Pôle)
	cf. question 13	Méthode du rabot est à éviter. Réorganisation dans le cadre d'un nouveau bâtiment, dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

CH A :

DS
- Prioritairement = Réorganisations, - Lutte contre l'absentéisme = politique d'accueil des agents, collaboration avec des élèves ostéopathes pour la lutte contre les TMS, formations obligatoires pour les managers et pour le retour à l'emploi, changement de planning, - Convergence médecin-soignant = difficile à mettre en œuvre du fait du manque de visibilité du temps médical, mais pris en compte dans la mesure du possible (fermeture de lits).

Thème n°4 Animé par : Petit dit Dariel, Odessa, EC, Institut du Management, EHESP et Regnaud, Jean-Philippe, MC, département des Sciences Humaines Sociales et des Comportements de Santé

Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : Quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés?

AGUASCA Karine, filière directeur des soins

BERION Céline, filière directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

DE JAHAM Coralie, filière attaché d'administration hospitalière

DUFOREAU Richard, filière directeur d'hôpital

ECOURTEMER Emilie, filière attaché d'administration hospitalière

GUIGOU Olivier, filière directeur d'hôpital

IBERRAKEN Malika, filière inspecteur de l'action sanitaire et sociale

NANCEAU Benjamin, filière directeur d'hôpital

THIBAUD Claire, filière directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

VINSON Servane, filière directeur des soins

WERBROUCK Vincent, filière directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Résumé :

Encadrés par un ONDAM 2016 restreint, dans la lignée des années précédentes, les établissements publics de santé poursuivent des actions visant à améliorer l'efficacité de leurs organisations. Les dépenses de personnel représentant 65% de leur budget annuel, il convient de réfléchir aux méthodes d'aide à la décision permettant de concilier la prudence des budgets dévolus avec la qualité et la sécurité des soins. A l'international, des études mettent en exergue une relation entre ratio d'effectif et mortalité hospitalière. C'est dans ce contexte que les élèves d'un module inter-professionnel 2016 se sont intéressés à la question "**dans quelle mesure les calculs de ratios de l'effectif en personnel IDE et AS sont-ils des outils d'aide à la décision dans le dimensionnement d'un service ?**"

S'appuyant sur l'expérience de cinq établissements publics de santé, l'étude menée questionne la littérature existante au regard des pratiques de terrain mises en lumière. Sur la base de cette analyse, un outil uniformisé, centralisé prenant en compte à la fois des indicateurs quantitatifs et qualitatifs est proposé.

En France, le dimensionnement des services est normé pour certaines spécialités par décrets. En revanche, les établissements sont autonomes pour définir les règles de dimensionnement des autres spécialités. L'évaluation des besoins journaliers se basent sur des maquettes organisationnelles définies par l'ANAP et adaptées par les établissements au regard des spécificités du service tels que le nombre de lits, le taux d'occupation, ... Le dimensionnement des équipes sur le terrain se base sur une des trois méthodes de calcul listées dans la littérature. Toutefois, les établissements sont confrontés à des caractéristiques organisationnelles remettant en cause l'application stricte des ratios : architecture, organisation des fonctions support, ... Souhaitant ne pas mettre en jeu la qualité et la sécurité des soins, notamment en cas de crise, le duo Directeur des Ressources Humaines et Directeur des Soins cherche à optimiser leurs effectifs. Peu de bases de comparaison existent. C'est pourquoi les élèves proposent la création d'un ratio dynamique ou d'une plateforme nationale offrant la perspective d'un dimensionnement efficace des effectifs.

Mots clés : *Ratio, effectif, qualité, sécurité des soins, crise, DRH, DS, norme, recommandation, contrainte budgétaire, benchmarking, efficacité, indicateur.*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs