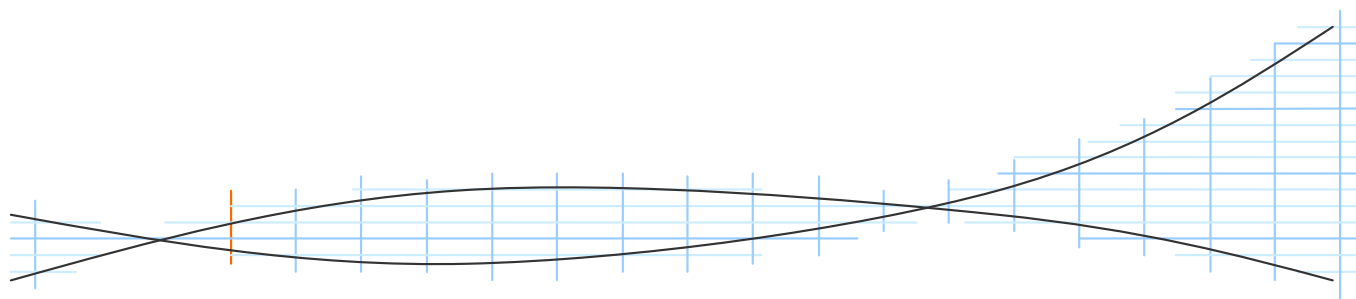


# Les *Cahiers* du Benchmark

## DIALYSE

Bonnes pratiques de dimensionnement RH - v1.0

Juin 2009



Benchmark Services

## • Introduction

La Générale de Santé a lancé un projet, piloté par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Opérations, visant à :

- identifier au sein du groupe des bonnes pratiques organisationnelles permettant d'améliorer l'efficacité globale des établissements,
- analyser leurs caractéristiques et leurs possibilités de transposition,
- lancer dans les établissements des projets d'amélioration adaptés aux contextes locaux.

La démarche est accompagnée sur le plan méthodologique par la société Essor Consultants, qui est également amenée à accompagner certains établissements dans leurs projets.



Des groupes de travail associant plusieurs responsables d'établissements se sont réunis pour partager les approches et expériences d'amélioration de l'organisation. Les travaux de ces groupes ont permis de mettre en évidence la diversité des situations et ses facteurs explicatifs. Ils ont aussi permis d'identifier des thèmes susceptibles de constituer des leviers d'action pour améliorer les organisations.

## • Sommaire

Le présent document concerne l'activité de dialyse. Les interventions auprès des différents services de dialyse du groupe Générale de Santé (mai et juin 2009) ont été l'occasion d'établir une méthodologie d'audit, dont les principaux éléments sont capitalisés dans les chapitres suivants :

- 1 - Etalonnage
- 2 - Capacité
- 3 - Activité
- 4 - Effectifs
- 5 - Temps de travail

En espérant que ce document de synthèse relate fidèlement les analyses et actions qui auront été menées par les professionnels sur le terrain, les auteurs vous en souhaitent bonne lecture.

## • Contacts

Pour toute information complémentaire :

*Générale de Santé*

- Pierre-Etienne Haas, Projets RH, [p.haas@gsante.fr](mailto:p.haas@gsante.fr), 06 29 71 38 14

*Essor Consultants*

- Bernard Doerflinger, consultant, [bernard.doerflinger@essorconsultants.fr](mailto:bernard.doerflinger@essorconsultants.fr)
- Michel Pépin, consultant, [michel.pépin@essorconsultants.fr](mailto:michel.pépin@essorconsultants.fr)

# 1 - Etalonnage

Une 1<sup>ère</sup> étape consiste à évaluer, grossièrement, la performance du service sur 2 domaines :

- La productivité ;
- La rentabilité.

- **Ratio « Nombre d'heures travaillées effectives » / « Nombre de séances »**

Le périmètre d'étude sur ce ratio se borne aux effectifs soignants (IDE et A-S), et n'intègre donc pas à ce stade les éventuelles ASH.

Ce ratio évalue la productivité en rapportant 2 paramètres :

- Le nombre d'heures travaillées effectives, c'est-à-dire les heures inscrites au planning, réellement travaillées. Attention, il ne s'agit ici ni des heures budgétées, ni des heures payées ;
- Le nombre de séances réalisées, toutes catégories confondues.

- **Ratio « Coût total RH » / « Nombre de séances » (hors encadrement)**

Au-delà du ration de productivité, les impacts financiers découlant des choix en termes d'emploi des ressources peuvent être non négligeables :

- + d'IDE si pas d'A-S, mais IDE + couteuses ;
- Utilisation éventuelle de personnels non soignants en l'absence d'A-S, afin d'assurer certaines tâches (plateaux repas, hygiène des locaux, etc.).

Ainsi, ce ratio évalue l'impact financier des RH en rapportant 2 paramètres :

- Le coût total RH, c'est-à-dire les salaires bruts chargés de l'ensemble des personnels intervenant dans le service (IDE, A-S, ASH, auxiliaire et/ou techniciens de dialyse, secrétaire, etc.), hors encadrement (des effets de seuil, 1 responsable quelle que soit la taille de l'équipe, nous incitent à extraire ce paramètre du ratio, afin de n'en pas biaiser le caractère comparatif) ;
- Le nombre de séances réalisées, toutes catégories confondues.

## 2 - Capacité

Après la 1<sup>ère</sup> phase d'étalonnage, il convient d'évaluer la capacité de production qu'offre le service.

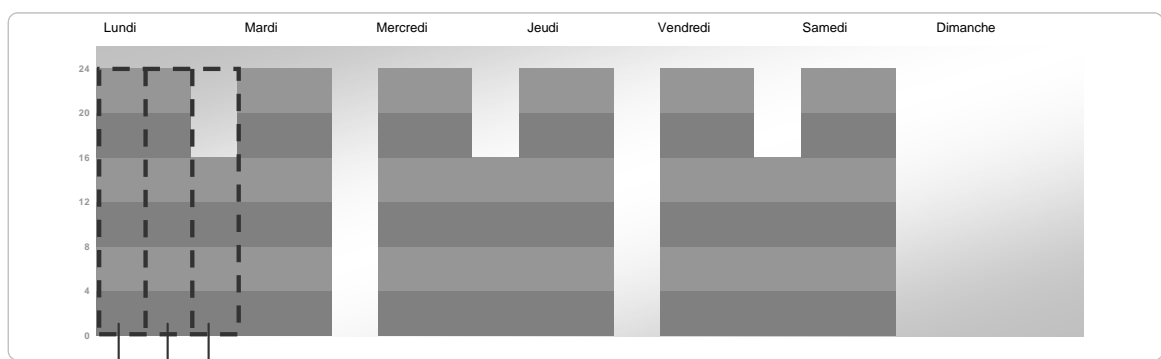
### • Nombre de secteurs et postes par secteurs

On entend par secteur un ensemble de postes, physiquement regroupés et identifiés.

Dans un souci d'ergonomie et de confort de travail, les nombres de secteurs et de postes doivent, dans la mesure du possible, être cohérents avec les règles d'affectation des personnels soignants :

- Règle 1 : « 1 IDE pour 4 patients + 1 A-S pour 8 patients ». Dans ce cas de figure, les secteurs doivent être dimensionnés au mieux selon des multiples de 8 postes, à défaut selon des multiples de 4 postes ;
- Règle 2 : « 1 IDE pour 3 patients, sans A-S ». Dans ce cas de figure, les secteurs doivent être dimensionnés selon des multiples de 3 postes ;
- Règle 3 : « 1 IDE pour 4 patients, sans A-S, en UDM ». Dans ce cas de figure, les secteurs doivent être dimensionnés selon des multiples de 4 postes.

Exemple d'un service GdS :



Journée à 3 rotations (ex : mercredi) :

- *Matin et après-midi : 6 secteurs de 4 postes ouverts ;*
- *Soir : 4 secteurs de 4 postes ouverts.*

Notons que les services les plus « compacts » facilitent la surveillance des patients par les IDE grâce à une visibilité et une mobilité accrue (attention néanmoins à conserver une surface minimum de 12 m<sup>2</sup> par poste).

### • Type de prise en charge

2 prises en charge principales sont majoritairement rencontrées au sein des services de GdS :

- Centre lourd : présence d'un médecin obligatoire ;
- UDM (Unité de Dialyse Médicalisée) : médecin en astreinte, avec visite de chaque patient au moins 1 fois par semaine et consultation au moins 1 fois par mois.

D'un point de vue gestionnaire, l'UDM est moins consommatrice de ressources, donc à favoriser si les conditions d'accueil et l'état du patient le permettent, et bien évidemment si la prescription médicale l'y autorise. En revanche, d'un point de vue financier, celles-ci sont moins bien tarifées, l'opportunité est à donc valider.

Pour les centres fonctionnant en centre lourd et en UDM, les 2 prises en charge sont réalisées sur les mêmes postes, mais à des plages horaires distinctes (dans l'exemple précédent, les 16 postes des lundi, mercredi et samedi soirs sont réservés à l'UDM).

# 3 - Activité

La capacité de production du service doit maintenant être convertie en activité. A ce sujet, 2 notions peuvent être distinguées :

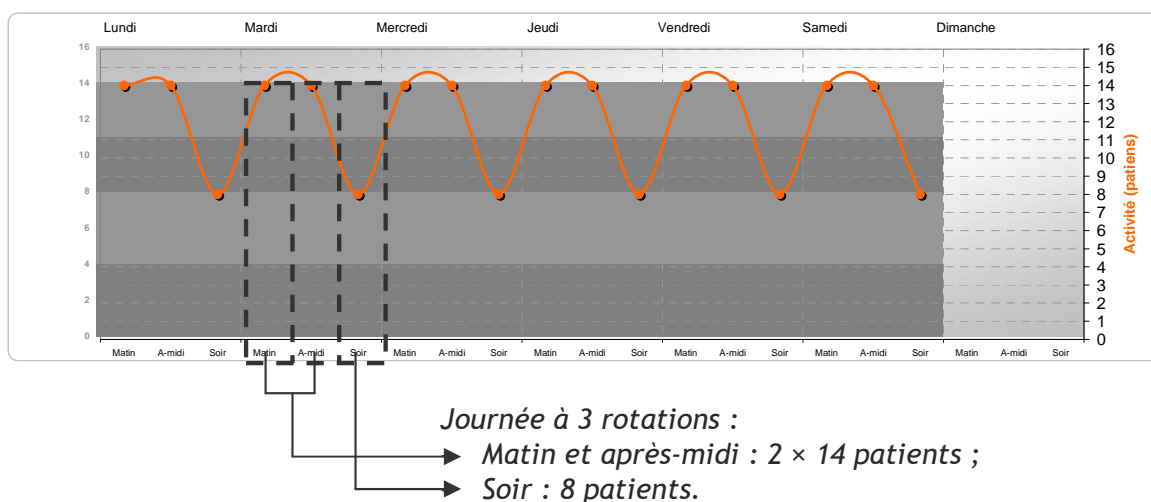
- Le potentiel d'activité ;
- L'activité réelle, qui sera alors caractérisée par un taux d'occupation.

## • Nombre de séances potentielles

L'expérience accumulée au cours des visites de services GdS montre que le lissage de l'activité est une pratique facilitatrice :

- Lissage des séances entre le matin, l'après-midi et le soir ;
- Lissage des séances d'une journée sur l'autre.

Exemple d'un service de GdS :



Dans cet exemple, le potentiel d'activité est de :

- $(14 + 14 + 8) \times 6 = 216$  séances/semaine ;
- Soit  $216 \times 52 = 11\ 232$  séances/an.

A noter : attention dans ces schémas à ne pas comptabiliser les postes de secours « lit avec générateur », qui doivent être conservés pour les urgences.

## • Taux d'occupation des secteurs

Le potentiel d'activité, qui déterminera les effectifs cibles à mettre en regard (onglet suivant), doit être régulièrement confronté à l'activité réellement réalisée. En effet, un service dont le potentiel est « surdimensionné » par rapport à l'activité réelle qu'il héberge ne pourra jamais être performant.

Dans l'exemple précédent, le nombre de séances réalisées en 2008 est de 10 421 séances, ce qui correspond à un taux d'occupation de  $10\ 421 / 11\ 232 = 93\ %$ .

Sous un taux de 90 % d'occupation, sauf prévision d'augmentation d'activité, la maquette d'organisation mérite d'être réétudiée. A ce sujet, de nombreuses options sont envisageables :

- Si séances des lundi et mardi soirs à moitié vides, rassembler en 1 séance le lundi soir et fermer le mardi soir ;
- Si plusieurs lits régulièrement inoccupés en journées, identifier s'il est possible de fermer un secteur ;
- Etc.

# 4 - Effectifs

L'activité devant être prise en charge ayant été arrêtée, il convient maintenant d'adapter les effectifs au plus près des besoins générés. Pour cela, 2 étapes :

- Les effectifs cibles, nécessaires au regard des contraintes imposés par décret ;
- La maquette d'organisation, qui définit des schémas quotidiens de temps de travail permettant de disposer de ces effectifs cibles.

## Effectifs cibles

Pour mémoire, 3 règles peuvent s'appliquer :

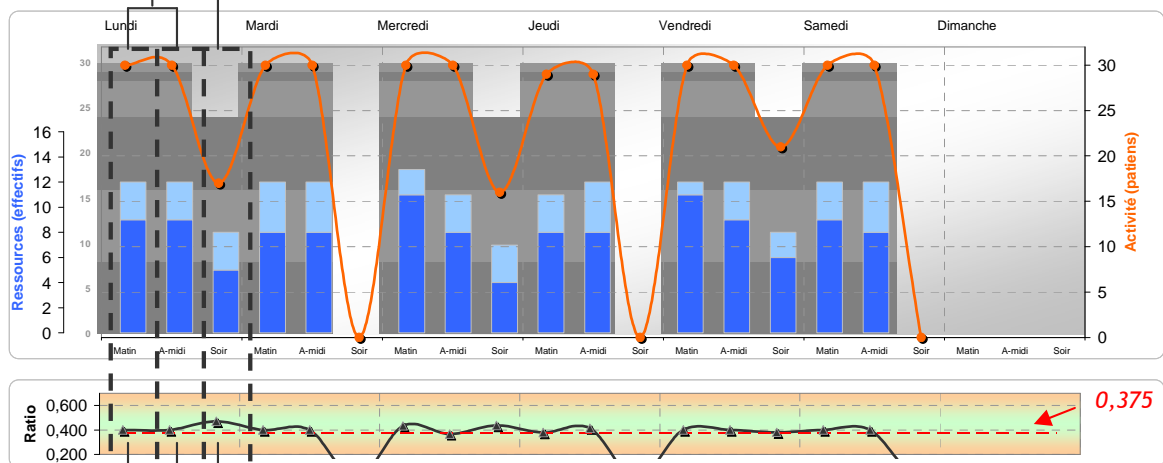
- Règle 1 : « 1 IDE pour 4 patients + 1 A-S pour 8 patients ». Dans ce cas de figure, le ratio soignants / patients est de  $3 / 8 = 0,375$  ;
- Règle 2 : « 1 IDE pour 3 patients, sans A-S ». Dans ce cas de figure, le ratio soignants / patients est de  $1 / 3 = 0,333$  ;
- Règle 3 : « 1 IDE pour 4 patients, sans A-S, en UDM ». Dans ce cas de figure, le ratio soignants / patients est de  $1 / 4 = 0,250$ .

Les effectifs doivent alors être définis au regard de l'activité potentielle qui doit pouvoir être prise en charge, tout en respectant les contraintes évoquées ci-avant.

Exemple d'un service :

Ex du lundi :

- **Matin et après-midi** : 30 patients pour 9 IDE et 3 A-S ;
- **Soir** : 17 patients pour 5 IDE et 3 A-S.



Induisant les ratios :

- **Matin et après-midi** :  $(9 + 3) / 30 = 0,400 > 0,375$
- **Soir** :  $(5 + 3) / 17 = 0,471 > 0,375$

Ainsi, dans cet exemple, les ratios ne sont pas optimaux.

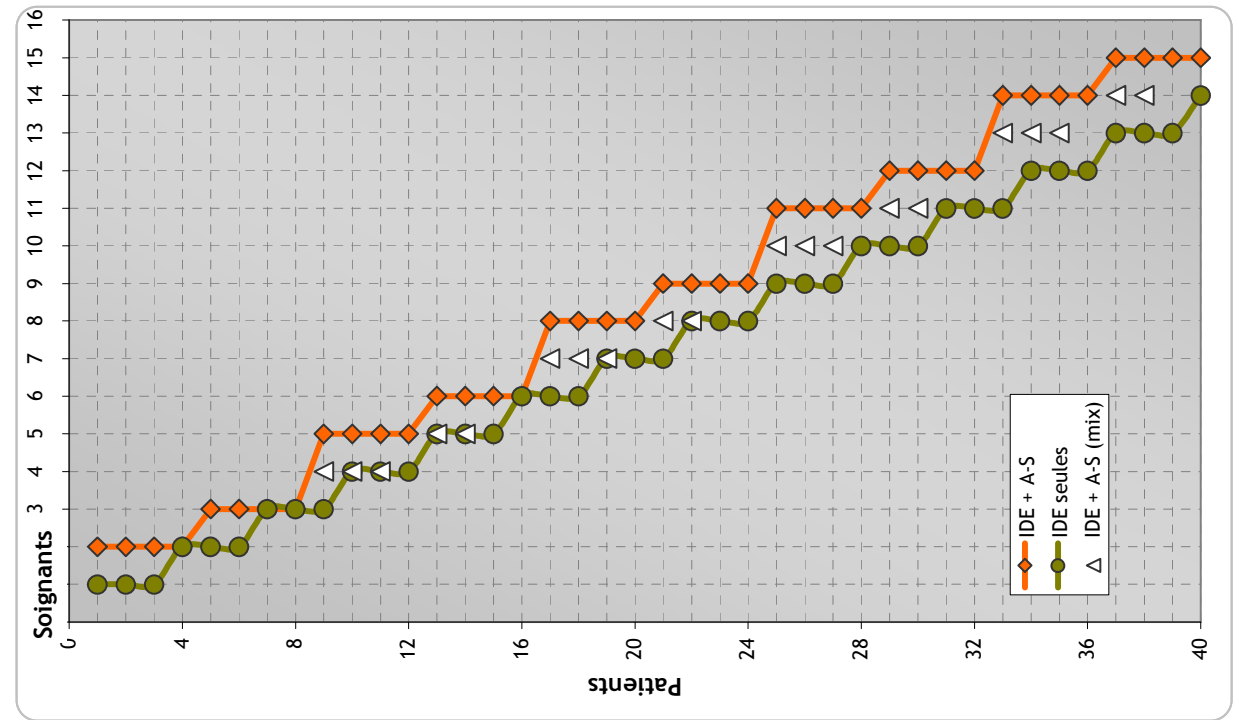
A ce sujet, il est à signaler l'importance que peuvent avoir les effets de seuil induits par les règles précitées. A titre d'exemple, une application *stricto-sensu* de la règle 1 :

- 24 patients = 6 IDE + 3 A-S, soit un ratio de 0,375 ;
- 25 patients = 7 IDE + 4 A-S, soit un ratio de 0,440. Dans ce cas de figure, augmenter l'activité de +4,2 % nécessite d'augmenter les ressources de +22,2 %...!

Il est alors essentiel que la définition de l'activité se fasse en fonction de ces effets de seuils. Un abaque en page suivante permet de mieux les identifier :

- Règle 1 : optimaux à 8, 16, 24 et 32 patients, à défaut 12, 20 et 28 patients ;
- Règle 2 : optimaux à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27 et 30 patients.

# 4 - Effectifs



Patients	IDE + A-S 1 IDE pour 4 et 1 A-S pour 8			IDE seules 1 IDE pour 3			IDE + A-S (mix) Δ			Cible /.../
	IDE	A-S	Ratio	IDE	A-S	Ratio	IDE	A-S	Ratio	
1	1	1	2,000	1	0	1,000				1,000
2	1	1	2,000	1	0	1,000				0,500
3	1	1	2,000	1	0	1,000				0,333
4	1	1	2,000	2	0	0,500				0,500
5	2	1	3,000	2	0	0,400				0,400
6	2	1	3,000	2	0	0,333				0,333
7	2	1	3,000	3	0	0,429				0,429
8	2	1	3,000	3	0	0,375				0,375
9	3	2	5,000	3	0	0,333	3	1	4	0,444
10	3	2	5,000	4	0	0,400	3	1	4	0,400
11	3	2	5,000	4	0	0,364	3	1	4	0,364
12	3	2	5,000	4	0	0,333				0,333
13	4	2	6,000	5	0	0,385	4	1	5	0,385
14	4	2	6,000	5	0	0,357	4	1	5	0,357
15	4	2	6,000	5	0	0,333				0,333
16	4	2	6,000	6	0	0,375				0,375
17	5	3	8,000	6	0	0,353	5	2	7	0,412
18	5	3	8,000	6	0	0,333	5	2	7	0,389
19	5	3	8,000	7	0	0,368	5	2	7	0,368
20	5	3	8,000	7	0	0,350				0,350
21	6	3	9,000	7	0	0,333	6	2	8	0,381
22	6	3	9,000	8	0	0,364	6	2	8	0,364
23	6	3	9,000	8	0	0,348				0,348
24	6	3	9,000	8	0	0,333				0,333
25	7	4	11,000	9	0	0,360	7	3	10	0,400
26	7	4	11,000	9	0	0,346	7	3	10	0,385
27	7	4	11,000	9	0	0,333	7	3	10	0,333
28	7	4	11,000	10	0	0,357				0,357
29	8	4	12,000	10	0	0,345	8	3	11	0,379
30	8	4	12,000	10	0	0,333	8	3	11	0,367
31	8	4	12,000	11	0	0,355				0,355
32	8	4	12,000	11	0	0,344				0,344
33	9	5	14,000	11	0	0,333	9	4	13	0,394
34	9	5	14,000	12	0	0,353	9	4	13	0,382
35	9	5	14,000	12	0	0,343	9	4	13	0,343
36	9	5	14,000	12	0	0,333				0,333
37	10	5	15,000	13	0	0,351	10	4	14	0,378
38	10	5	15,000	13	0	0,342	10	4	14	0,368
39	10	5	15,000	13	0	0,333				0,333
40	10	5	15,000	14	0	0,350				0,350

- ◆ Règle 1
- Règle 2

Il est également possible d'envisager un mix des 2 règles Δ :

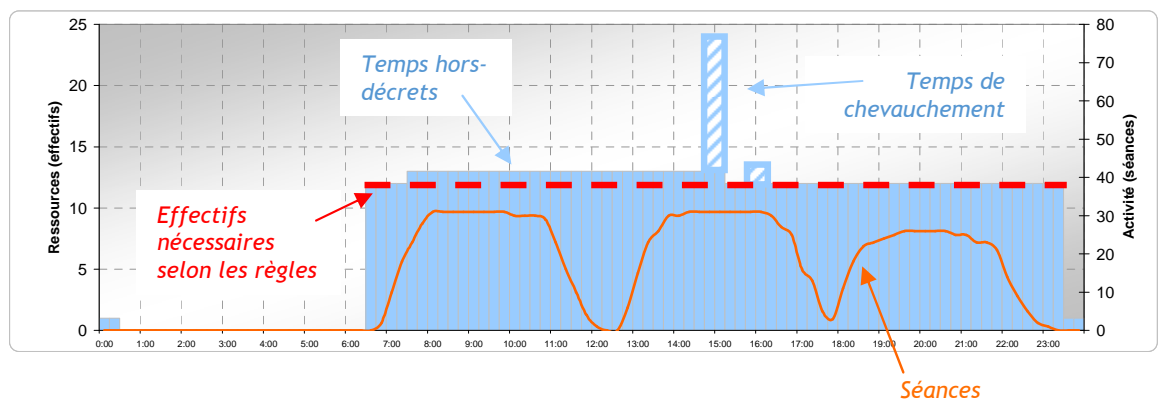
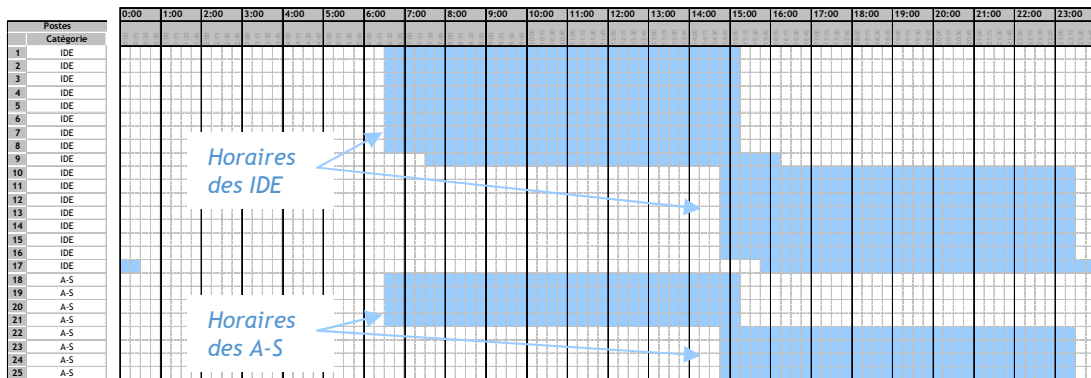
- 27 patients = 24 patients (◆ : 6 IDE + 3 A-S) + 3 patients (● : 1 IDE) ;
- Soit un total de 7 IDE + 3 A-S.

# 4 - Effectifs

- **Maquette d'organisation**

La maquette d'organisation définit la répartition des postes de travail dans la journée, afin d'être conforme aux effectifs cible.

1<sup>er</sup> exemple de service :



Plusieurs notions peuvent alors caractériser la qualité de cette maquette :

- Les durées de postes des IDE et A-S.

Plus elles sont nombreuses, moins c'est confortable tant pour les agents que pour le gestionnaire. 2 principales options sont possibles, influant sur ces durées de postes :

- a) Les horaires sont ajustés à l'ouverture du service, soit 2 horaires moyens (~8h). 2 équipes différentes assurent alors les branchements et débranchements de l'après-midi, induisant des transmissions plus lourdes ;
- b) Les horaires sont ajustés aux séances, soit 1 horaire court (~6h) et 1 horaire long (~10h). Les transmissions sont alors moins cruciales que dans le cas évoqué ci-avant.


- Les durées moyennes de séances.

Plus elles sont longues, plus la journée se termine tard, ce qui peut être problématique pour les patients. Les durées observées s'échelonnent de 5h20 pour les plus courtes jusqu'à 6h15 pour les plus longues. Il est à noter que le déjeuner des équipes entre les séances du matin et de l'après-midi allonge obligatoirement la durée d'ouverture du service.

Signalons qu'avec le ratio soignants / patients, ce paramètre est un facteur constitutif de l'efficacité globale du service.



# 4 - Effectifs

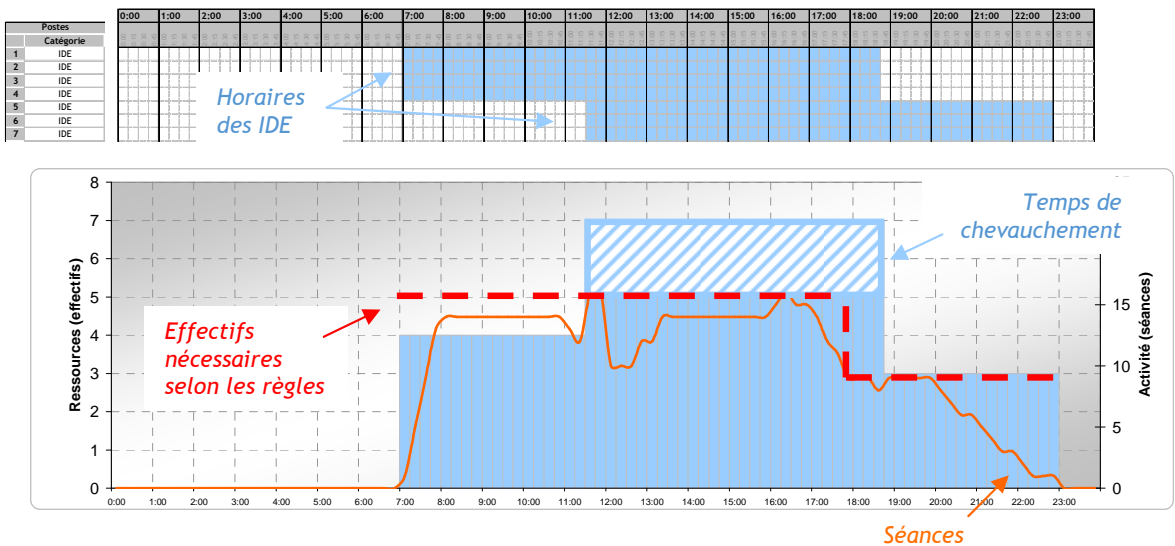
- Les temps de chevauchement entre équipes différentes (  ).

Ceux-ci sont l'occasion de transmission entre les équipes, ils doivent donc être ajustés selon la nature de ces transmissions (2 équipes différentes pour les branchements et débranchements de l'après-midi = transmissions lourdes, en revanche nécessité de transmissions entre les A-S ?...). Les observations issues des interventions au sein des services de GdS montrent que ces temps doivent être compris entre 2 et 6 % du temps de travail effectif.

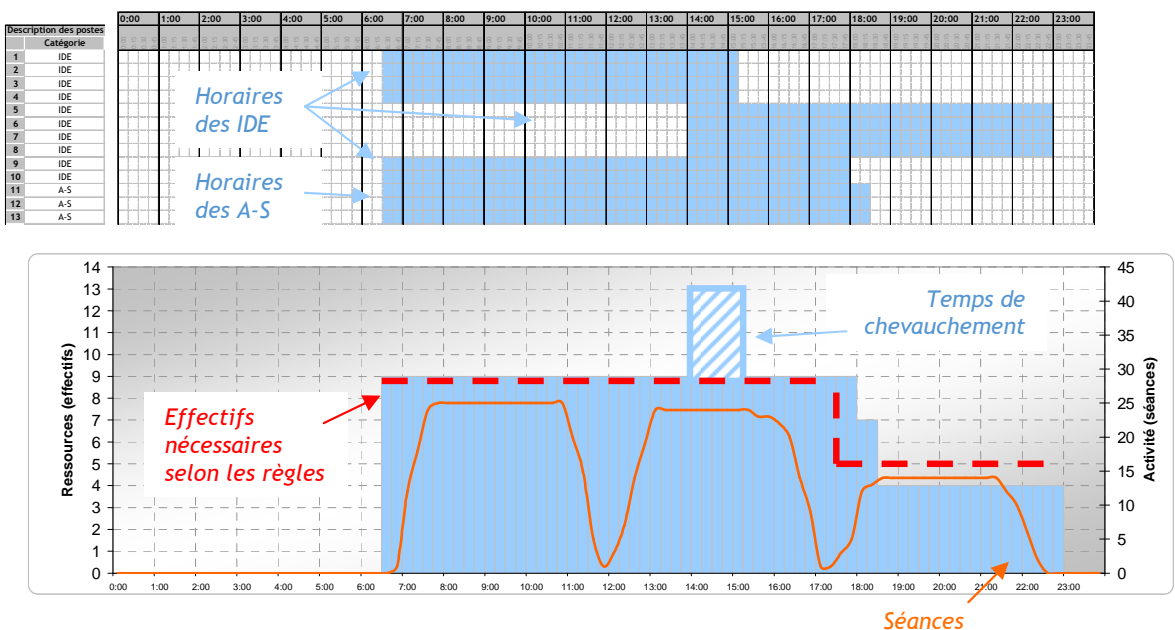
- Les temps de « hors-décret » (  ).

Il s'agit des temps en plus par rapport à ce qu'imposent les règles évoquées ci-avant, incluant naturellement les temps de chevauchement. L'objectif est donc, au delà du chevauchement, de minimiser ces temps.

## 2<sup>ème</sup> exemple de service :



## 3<sup>ème</sup> exemple de service :



Une fois la maquette d'organisation définie, reste à mettre en place l'organisation du temps de travail qui permet alors d'assurer son bon fonctionnement.

- **Plannings : cycles et roulement**

S'il n'existe pas d'outil permettant de générer automatiquement des cycles et des roulements optimums pour les effectifs, la méthode empirique à suivre pour construire les roulements doit répondre aux principes suivants :

- Explorer plusieurs scénarios alternatifs offrant des options différentes de répartition des temps travaillés et des repos ;
- Respecter les textes réglementaires et conventionnels (repos quotidien de 11h, jours de repos hebdomadaires, durée maximale hebdomadaire de 48h, etc.) ;
- Prendre en compte avant tout l'activité pour déterminer les besoins de présence quotidienne des soignants ;
- Intégrer les attentes collectives des agents et la pénibilité des rythmes de travail (durée du week-end, nombre de jours successifs de travail, succession matin-soir, etc.).

- **Recours aux ressources flexibles**

Par ressources flexibles on entend les heures supplémentaires, d'intérim, ou de CDD.

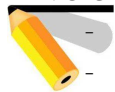
Les aléas, tant en termes d'activité que de présence des agents, font qu'il sera toujours nécessaire de faire appel aux ressources flexibles pour combler un manque ou un besoin supplémentaire. Pour les quelques services GdS sur lesquels les données RH ont permis de les évaluer, les ressources flexibles représentent entre 10 et 30 % des heures de travail effectives...

- **Emploi des ressources**

Plusieurs axes doivent faire l'objet d'attentions dans un souci d'optimisation constant de l'emploi des ressources :

- Attention aux glissements de tâches des A-S : certains gestes sont formellement réservés aux IDE, indépendamment de l'expérience et l'ancienneté des A-S... ;
- Un pool de polyvalentes (volantes) peut, dans la mesure du possible, être constitué pour naviguer dans les étages et palier ponctuellement l'absentéisme, notamment du service de dialyse. Cette pratique nécessite bien entendu d'avoir formé au préalable les IDE du pool ;
- Des horaires « décalés » peuvent être mis en place si nécessité d'attendre le soir la fin de décontamination (par ex : plutôt que l'ensemble de l'équipe finisse à 00h30, toutes les IDE finissent à 23h30, sauf une) ;
- Des horaires « raccourcis » peuvent être mis en place à court terme, pour faire terminer 1 ou plusieurs IDE plus tôt dans la journée si une baisse d'activité le soir le permet (patient absent, etc.) ;
- Si baisse d'activité, une bonne pratique consiste à « rassembler » les séances, toujours dans un souci d'optimisation des effectifs.
  - / Mobilité spatiale : tous les patients déplacés dans un seul secteur ;
  - / Mobilité temporelle : patients décalés, dans la mesure du possible (avis médicale et bien-vouloir du patient...), par exemple du soir vers l'après-midi.

Merci aux équipes :



- Centre de dialyse Serena ;
- Clinique Armand Brillard ;
- Clinique du Landy ;
- Clinique le Petit Colmoulins ;
- Clinique les Martinets ;
- Clinique Sainte Marie ;
- CTMR Saint Augustin ;
- HP Claude Galien ;
- HP d'Antony ;
- HP de Bois Bernard ;
- HP de l'Est Parisien ;
- HP de l'Ouest Parisien ;
- HP du Vert Galant ;
- HP Jacques Cartier ;
- HP Jean Mermoz ;
- HP la Louvière ;
- HP Paul D'Egine ;
- HP Saint Martin (Caen) ;
- HP Saint Martin (Pessac).