

Démarche « *Adéquation Personnel Capacitaire* »

Commission médicale d'établissement du 6 février 2018

Objectifs, méthodologie, déploiement
DPT avec la DRH, DSAP, DÉFIP

L'objectif de la démarche est d'améliorer les conditions de travail



Conditions de travail

Meilleure gestion de l'absentéisme : définir des moyens de remplacement qui permettent, même en période d'épidémie, de limiter la désorganisation générée par les absences

Équité et transparence : L'ensemble des services ont une même base d'effectifs qui est définie selon des règles connues et partagées

Meilleure adaptation au quotidien : en diminuant parfois les effectifs nécessaires, le pool renforcé spécialisé permet d'aider là où l'activité est forte

Adaptation rapide : Les règles permettent de mieux suivre les variations de capacités

Une démarche qui a déjà été, en partie, éprouvée en interne

- **Mi 2016** Discussions méthodologiques en centrale
- **Janv à mai 2017** Test sur Saint Louis Lariboisière
- **Mai à juin 2017** Test sur Cochin
- **Juin à sept. 2017** Mise au point d'une méthode AP HP, inscription dans Oikeïosis
- **4 oct 2017** Présentation de la méthode aux DRH et DSAP
- **12 oct 2017** Présentation aux Directeurs de GH
- **30 novembre 2017 de CMEL** Présentation aux Directeurs de GH et présidents

Le but de la démarche est de mettre le « juste » effectif paramédical au regard du capacitaire

Spécialités médicales

Nécessitant des soins longs et techniques
(ex. dialyse)

Dépendance des patients

Nécessitant des aides au repas,
toilette au lit, surveillance
particulière

Lourdeur des patients

Nécessitant des soins plus ou moins
longs (ex. porteur BMR, escarre,
Soins palliatifs)

Organisation de l'hôpital

Du à l'isolement du service (ex. pas
d'USC, service éloigné d'une
réanimation)

Charge de travail

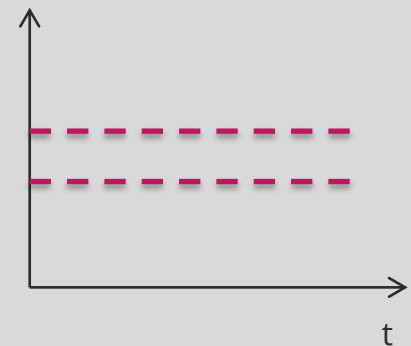
Variations structurelles

En moyenne
certains services
ont des charges
en soin plus forte
que d'autres

Charge en soin

Service B

Service A

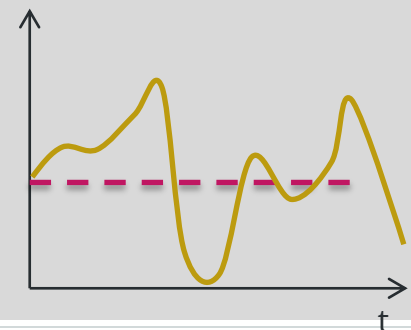


Variations quotidiennes

La charge en soin
d'un service varie
dans le temps

Charge en soin

Service A



Le but de la démarche est de mettre le « juste » effectif paramédical au regard du capacitaire

Facteurs liés à l'activité

Spécialités médicales

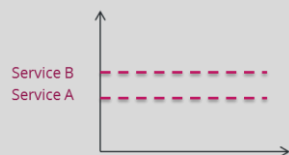
Dépendance des patients

Lourdeur des patients

Organisation de l'hôpital

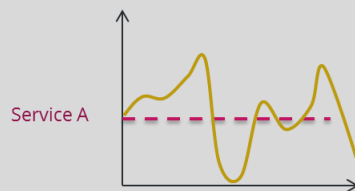
Charge de travail

Variations structurelles



En moyenne certains services ont des charges en soin plus forte que d'autres

Variations quotidiennes



La charge en soin d'un service varie dans le temps

Facteurs liés à la gestion hospitalière

Répartition historique

Réalisée de manière plus ou moins équitable

Objectifs ≠ Organisation

Les objectifs de mensualités ne sont pas forcément alignés avec l'organisation soignante

Variation sur la politique de remplacements

La politique de remplacement n'est forcément connue et partagée par tous et appliquée de manière claire

Hétérogénéité sur l'utilisation du capacitaire

Les services ont plus ou moins d'activité avec des taux d'occupation, des politiques de rotation différentes

La démarche permet d'éliminer l'ensemble des facteurs liés à la gestion hospitalière et de tenir compte autant que possible des facteurs liés à l'activité

Facteurs liés à l'activité

Spécialités médicales

Dépendance des patients

Lourdeur des patients

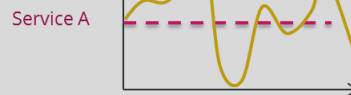
Organisation de l'hôpital

Charge de travail

Variations structurelles



Variations quotidiennes



Facteurs liés à la gestion hospitalière

Répartition historique

Objectifs \neq Organisation

Variation sur la politique de remplacements

Hétérogénéité sur l'utilisation du capacitaire

La démarche vise à partir du capacitaire pour définir l'organisation du service et d'assigner au service un objectif qui lui permette de tenir son organisation en faisant face à l'absentéisme

Effectif = f(capacitaire) + politique de remplacement - fermeture de lit

Base de discussion et tenant compte des spécialités et de l'architectures

■ MCO adulte

- ▶ IDE : 1 pour 12
- ▶ AS : 1 pour 12

■ Réanimation (normé)

- ▶ IDE : 1 pour 2,5 lits
- ▶ AS : 1 pour 4 lits

■ USC

- ▶ IDE : 1 pour 4 à 6 lits
- ▶ AS : 1 pour 4 à 6 lits

■ Pédiatrie

- ▶ Puer journée 1 pour 6 à 8 lits
- ▶ Puer nuit 1 pour 10 à 12 la nuit

■ Hémato

- ▶ IDE 1 pour 3 lits
- ▶ IDE 1 pour 6 lits (hémato onco)

■ Post urgences

- ▶ AS 1 pour 8 lits

■ Néo (normé, Article D6124-56)

- ▶ Puer 1 pour 6 lits
- ▶ USC Puer 1 pour 3 lits

Facteurs de réussite de la démarche

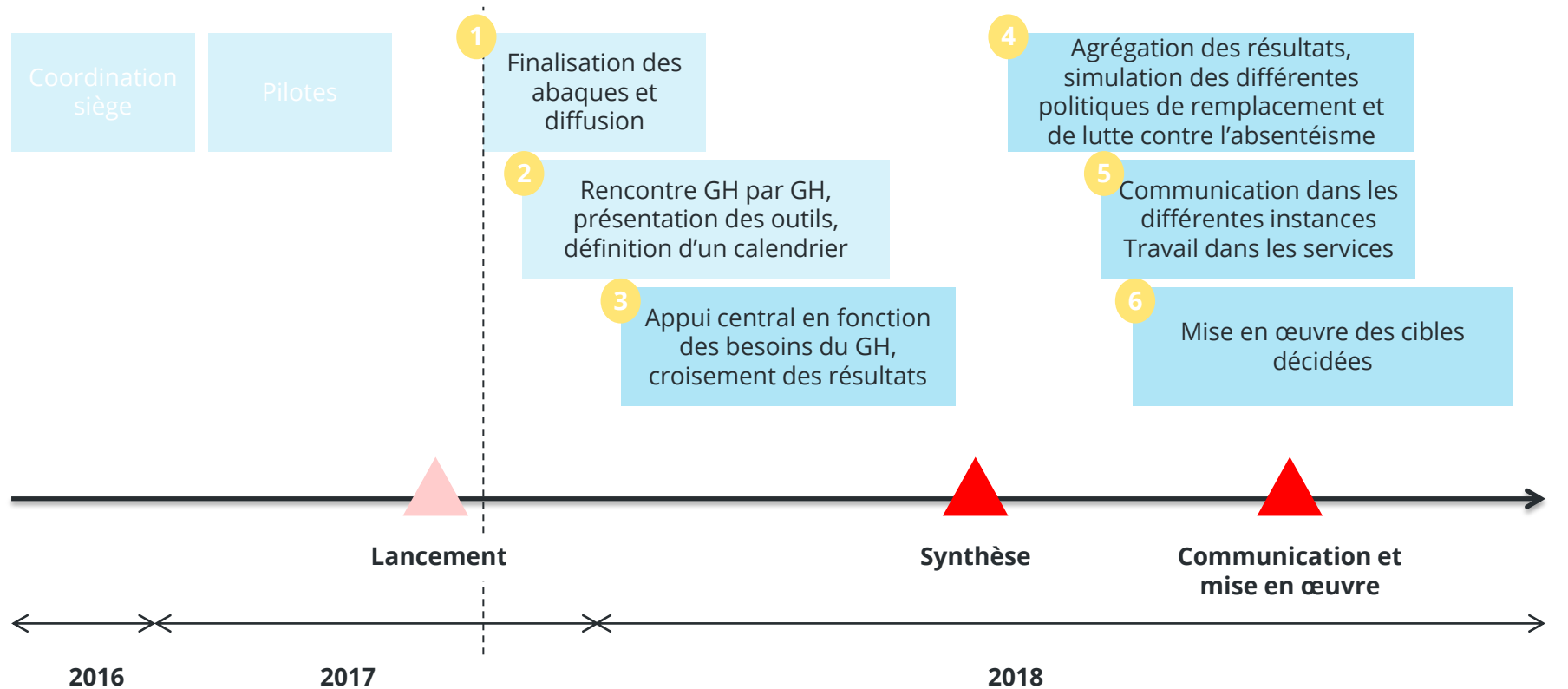
- Cette démarche se fait via une concertation importante avec les responsables médicaux et paramédicaux pour prendre en compte les situations spécifiques.
- Il est nécessaire, en parallèle, de mener une démarche capacitaire pour revoir les taux d'occupation et de lancer un travail sur les IPDMS.
- Cette démarche nécessite du mouvement dans les deux sens (renfort de certains services, retrait dans d'autres). Il est nécessaire de pouvoir faire les deux mouvements.
- En fonction des résultats issus du diagnostic des GH, les gains pourront être utilisés pour construire une politique de remplacement et dégager de l'efficience.

Accompagnement au plus près des services...

... en tenant compte des TOC et de l'IPDMS...

... pour définir une politique de remplacement plus efficace et efficiente

Le calendrier prend le temps de la concertation



2 Une formation réalisée par la DRH et la DPT aux outils et aux principes est nécessaire sur certains GH tandis que sur d'autres le travail consistera à comprendre ce qui a déjà été fait.

3 Du temps de la DRH et la DPT pourra être mobilisé afin de permettre le déploiement des outils sur certains GH, tandis que sur d'autres le travail consistera à comprendre ce qui a déjà été fait et d'identifier les marges d'évolution qui resteraient encore sur le GH

4 Ce n'est qu'après le travail ligne à ligne des GH que l'on pourra avoir une estimation fiable des marges de manœuvre dégagées et construire des recommandations en terme de politique de remplacement et de gain d'efficacité

5 Suite à l'agrégation, le résultat du travail pourra être communiqué aux différentes instances

6 Les cibles définies dans le travail préparatoire pourront être mises en œuvre.

La démarche intègre un dialogue avec les cadres et les médecins de chaque service



Le dialogue et la mise en place de ces règles se fera avec les acteurs de terrain

L'association de la CME

■ Un suivi lors des instances

- ▶ Présentation régulière de l'avancement de la démarche (ex. tous les 3 mois)

■ Un groupe de travail dédié

- ▶ Association représentants de la CME et paramédicaux
- ▶ Suivi plus fin de la démarche