



EHESP



7^e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones

Bordeaux – 6 juin 2018

LA CONDUITE DES SERVICES HOSPITALIERS : COMMENT MESURER LES ACTIVITES DE SOINS AUPRES DES PATIENTS ?

Frédérique QUIDU

Université de Rennes, EHESP, CNRS,
ARENES – UMR 6051, F-3500 Rennes, France
Frederique.quidu@ehesp.fr

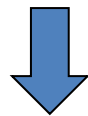
Constat et démarche

- Compte tenu de la forte complexité du rapport soigné-soignant(s), les modèles d'**optimisation** ne sont guère applicables en particulier dans le service public
 - Recherche de modèles qui permettent aux cadres de choisir parmi un ensemble de résultats possibles: **simulations**
 - Recherche menée conjointement avec des chercheurs et des cadres de santé => **outil simple** de gestion des unités de soins

La relation soigné-soignant

- la **mission du soin** est d'autonomiser le patient par une dépendance temporaire au soignant quelle que soit la pathologie

➔ Etude détaillée de la relation soigné-soignant(s)



Analyse de l'**autonomie/ non autonomie**
et de la **dépendance**

Autonomie / dépendance

Autonomie

- potentiel d'actes que la personne non seulement **accepte** mais aussi a la **capacité** d'accomplir
- Valeurs culturelles / système de moyens

Dépendance

- **relation** entre une personne qui manifeste des besoins (d'aide, d'interventions, de soins, etc...) et une ou plusieurs autres personnes qui vont s'efforcer d'apporter des réponses à ces « besoins ».

Les concepts d'autonomie et de dépendance ne s'opposent pas

L'erreur: confondre indépendance et autonomie

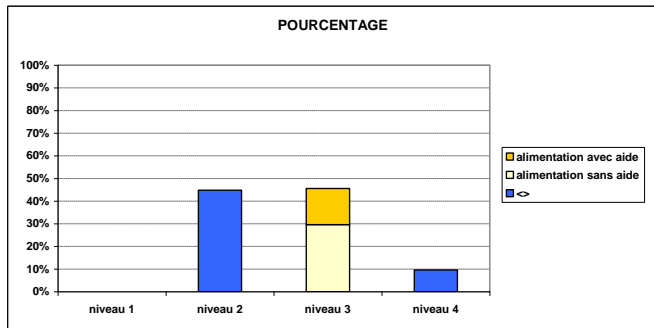
Grilles simplifiées de dépendance

- A partir de la revue de littérature, on a construit une grille complète que l'on a soumis à plusieurs établissements de la France entière
- Les analyses statistiques ont montré que pour tout patient, en forte probabilité, et ce pour les trois types de dépendance, celles-ci se **dégradent ou s'améliorent globalement** c'est-à-dire au regard de l'ensemble des actes.
- Une stabilité qui a été utilisée pour la **création de 3 grilles simplifiées** de dépendance qui sera à la base de la **création d'un outil: Pendisc@n[®]**

Cumul DATVC

Période du 01/03/2008 au 31/03/2008

	Nombre de Patients	Pourcentage	Pourcentage cumulé
niveau 1			
niveau 2	56	44,8%	44,8%
niveau 3 alimentation sans aide	37	29,6%	
niveau 3 alimentation avec aide	20	16,0%	
niveau 3	57	45,6%	90,4%
niveau 4	12	9,6%	100,0%
Total des classables	125		
inclassable	0	0,0%	
TOTAL	125		



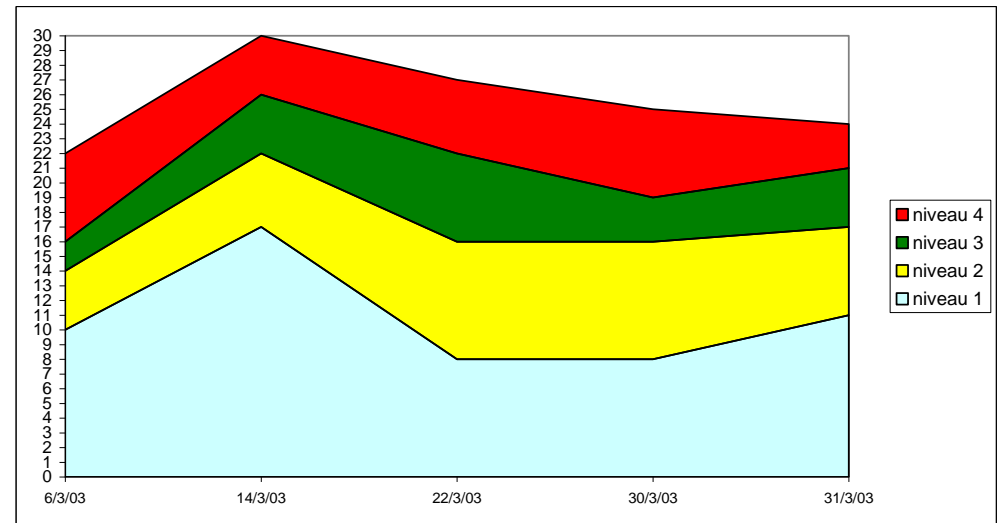
CENTRE HOSPITALIER

Médecine Interne

Médecine B

Variation journalière DATVC en nombre

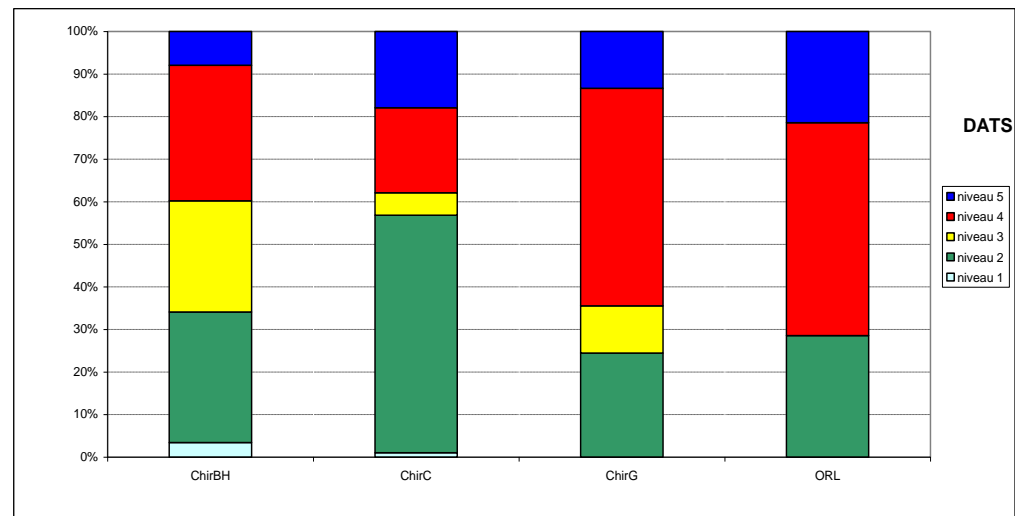
Période du 01/03/2003 au 31/03/2003



Catégorie Chirurgie

Répartition DATS par Unité

Période du 01/03/2003 au 31/03/2003



Exemples de tableaux de bord issus de l'outil

Détermination du nombre de personnels et des qualifications

- Profils de patients => volume de travail => quantité de travail par agent => nombre de postes par qualification
- Souci: quantifier le volume de travail et la non prise en compte de la capacité des cadres à motiver le personnel
- En réalité ce que les cadres gèrent quotidiennement: les ressentis

Les ressentis

- Ils se déclinent par des expressions du type « *aujourd'hui, c'est une journée lourde* », « *une journée allégée* » et qui font appel à une référence à savoir une « journée normale »
- Ne pas confondre avec les charges mentales

Résultats des travaux sur les ressentis (1)

- Les ressentis sont liés:

- ↪ la variation du **nombre de patients** présents,
- ↪ la variation des **dépendances**,
- ↪ la variation du **nombre de personnels présents**

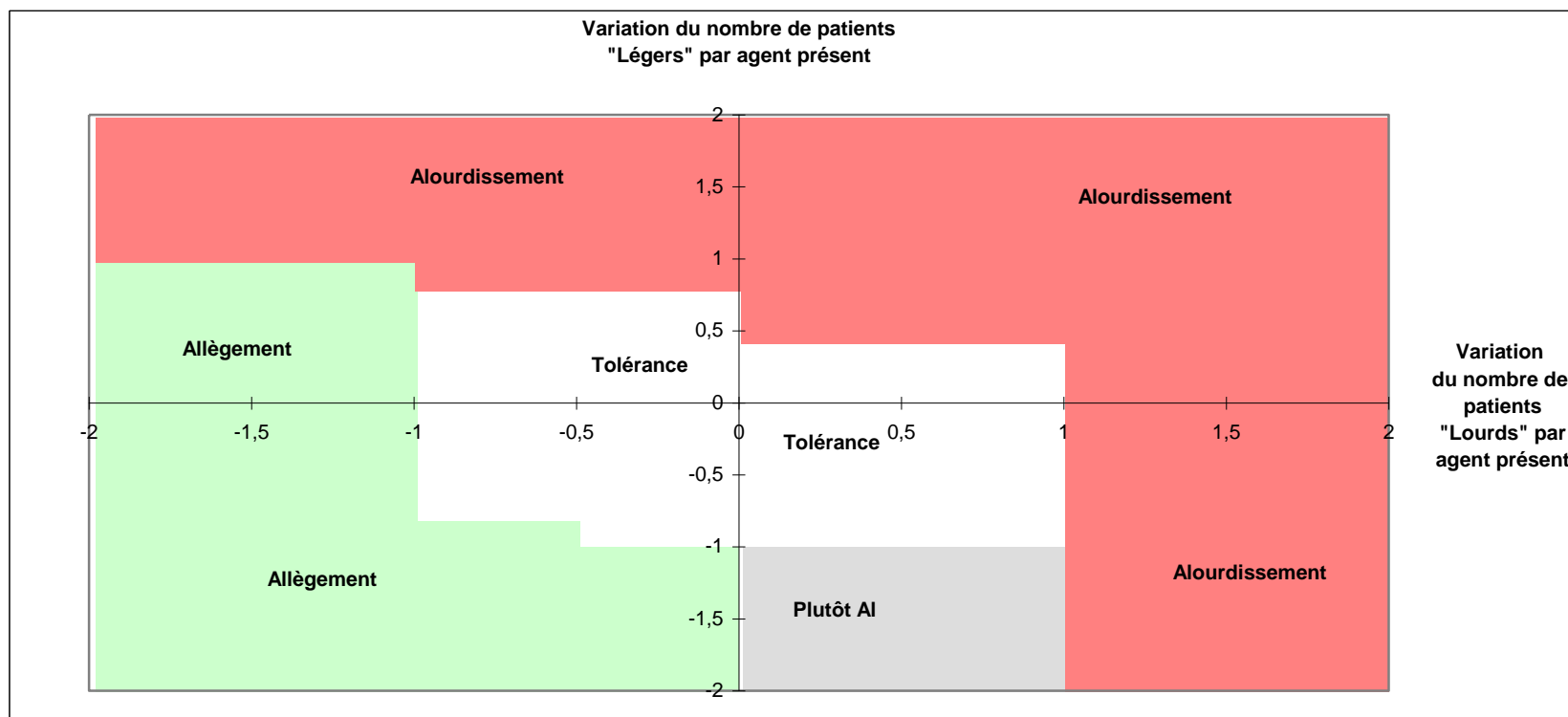
Comment construire un indicateur qui dépend de 3 variables ?

Résultats des travaux sur les ressentis (2)

Causes des variations de charges en soins directs

Unité de soins : Médecine C période du 03/06/1999 au 03/06/1999

	Relevés	Eff. AS	Eff. IDE	Eff. Total	DATVC I.	DATVC Lo.	DATS I.	DATS Lo.	DATR I.	DATR Lo.	Total
Référence											
Etude											



Un exemple : ressentis « lourds »

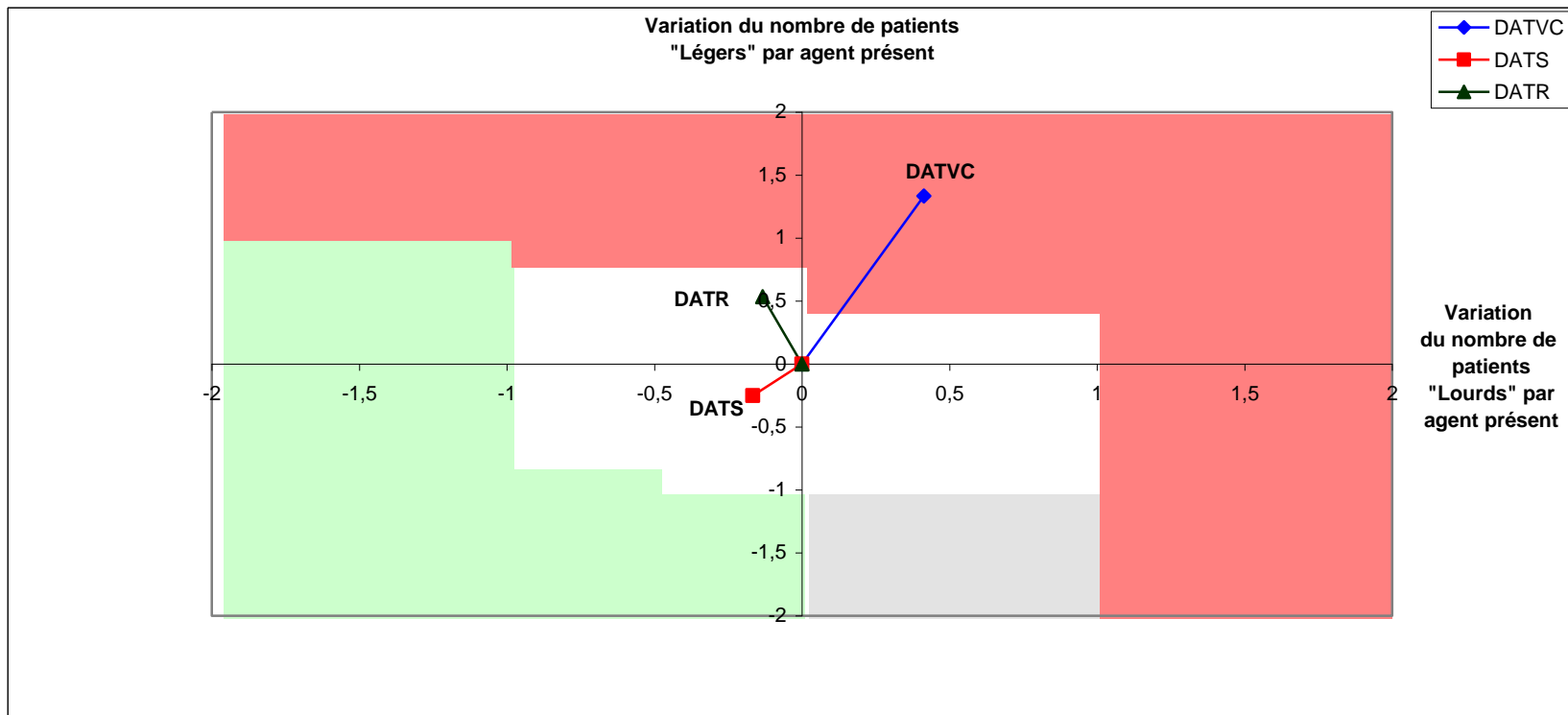
CENTRE HOSPITALIER
Unité de soins : Chirurgie B hospitalisation

Causes des variations de charges en soins directs

Unité de soins : Chirurgie B hospitalisation période du 08/01/2004 au 08/01/2004

Référence : Unité de soins : Chirurgie B hospitalisation période du 02/10/2003 au 02/10/2003

	Relevés	Eff. AS	Eff. IDE	Eff. Total	DATVC I.	DATVC Lo.	DATS I.	DATS Lo.	DATR I.	DATR Lo.	Total
Référence	1	4,5	3	7,5	12	2	9	5	12	2	14
Etude	1	3,5	4	7,5	14	3	11	6	16	1	17



La simulation: retour à une situation « normale »

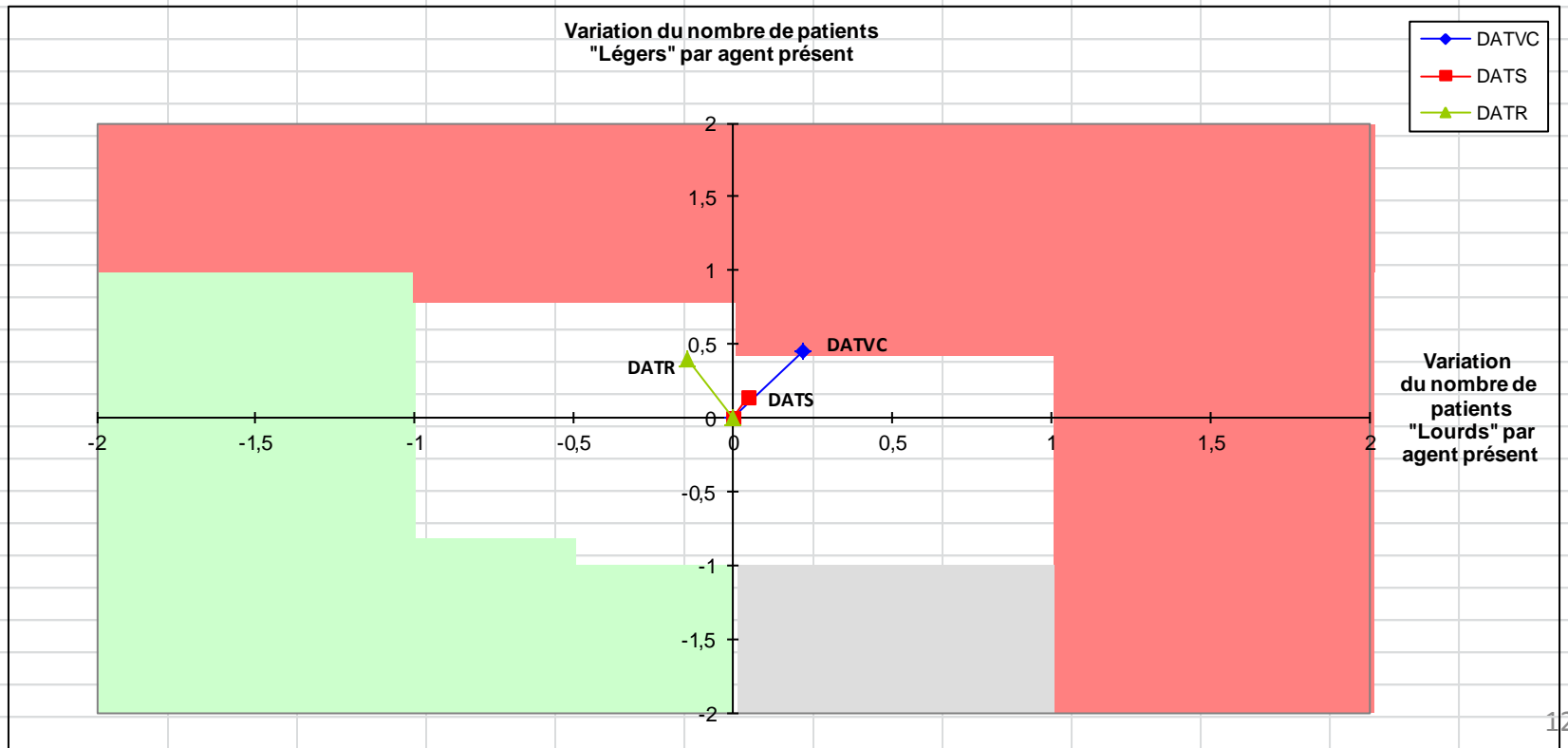
Unité de soins : Chirurgie B hospitalisation

Causes des variations de charges en soins directs

Période du au

Référence : Unité de soins : Chirurgie B hospitalisation période du au

	Relevés	Eff. AS	Eff. IDE	Eff. Total	DATVC I.	DATVC Lo.	DATS I.	DATS Lo.	DATR I.	DATR Lo.	Total
Référence	1	4,5	3	7,5	12	2	9	5	12	2	14
Etude	1	3,5	4	7,5	14	3	11	6	16	1	17
Simulation	1	4,5	3,5	8	14	3	11	6	16	1	17



En conclusion

- **L'intégration des acteurs de terrain** tout au long du processus de recherche est nécessaire et efficace
- L'outil Pendisc@n[®] a par ailleurs eu **des effets directs décisifs** pour les soignants
 - outil stratégique et managérial
 - outil « identitaire »
 - outil qui complète les indicateurs d'activité usuels

Merci de votre attention

Un grand merci aux cadres soignants
et aux soignants !

Annexe

Ce que fait le logiciel PENDISC@N®

- 1- Analyse de la dépendance sur 3 dimensions;
 - 2- Analyse les effets de la variation des charges de travail;
 - 3- Détermination du nombre de lits (ou de postes dans un pool de remplacement)
 - 4- Analyse des durées de séjour;
 - 5- *Prévision des entrées (en cours)*;
 - 6- La sensibilité des Unités de soins aux décisions externes.
- ➔ Aides aux décisions stratégiques : simulations

Quelques références

- Site du Pendisc@n: <http://pendiscan.istic.univ-rennes1.fr>
- Escaffre J-P. (2016). « **Autonomie, Dépendance, Stratégie** », Nuvis, Paris.
- Quidu F., Escaffre, J.P., Ezan M., Personnic, M. « **Recherche en gestion et utilisation des résultats par les professionnels : le cas de l'organisation des soins par les cadres soignants** » - Congrès Toulouse, mai 2016.
- Escaffre JP. « **le contrôle de gestion des unités de soins** » Economica 2008
- Quidu F., Escaffre J-P. (2008). « **Activités et masses financières des établissements hospitaliers français : l'évolution à long terme** », *Gestion Hospitalière*, Cahier 212, Mars.

Pendisc@n[®] Web

- Cette version a été élaborée en 2016/17 à la demande des utilisateurs pour faciliter la diffusion de Pendisc@n[®] au sein de leur établissement, le nombre d'utilisateurs n'étant pas limité.
- Vous pouvez tester **gratuitement** le logiciel pendant un mois. Pour cela, contacter la Société Secodif en remplissant le formulaire à l'adresse suivante : <http://www.secodif.com/logiciels/pendiscan/>



Secodif crée un compte qui vous permet :

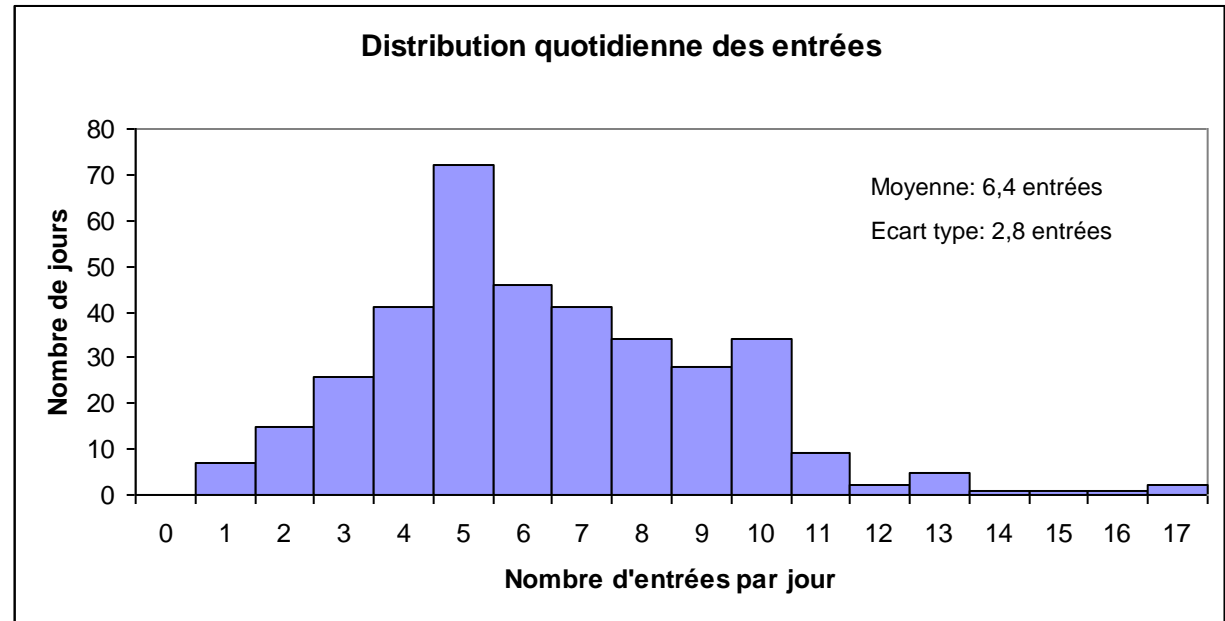
- de tester les modules d'analyse du logiciel grâce à des données mises à disposition;
- de saisir vous-même des données dans le logiciel (pour l'analyse des dépendances par exemple)

Entrées aléatoires:

Combien de lits faut-il réserver chaque jour pour satisfaire la demande de prise en charge dans l'unité de soins?

Chirurgie ortho - 2007

Nb d'entrées par jour	Nb jours avec xi entrées
0	0
1	7
2	15
3	26
4	41
5	72
6	46
7	41
8	34
9	28
10	34
11	9
12	2
13	5
14	1
15	1
16	1
17	2
Total	365



Durée Moyenne de Séjour = 5,6 jours

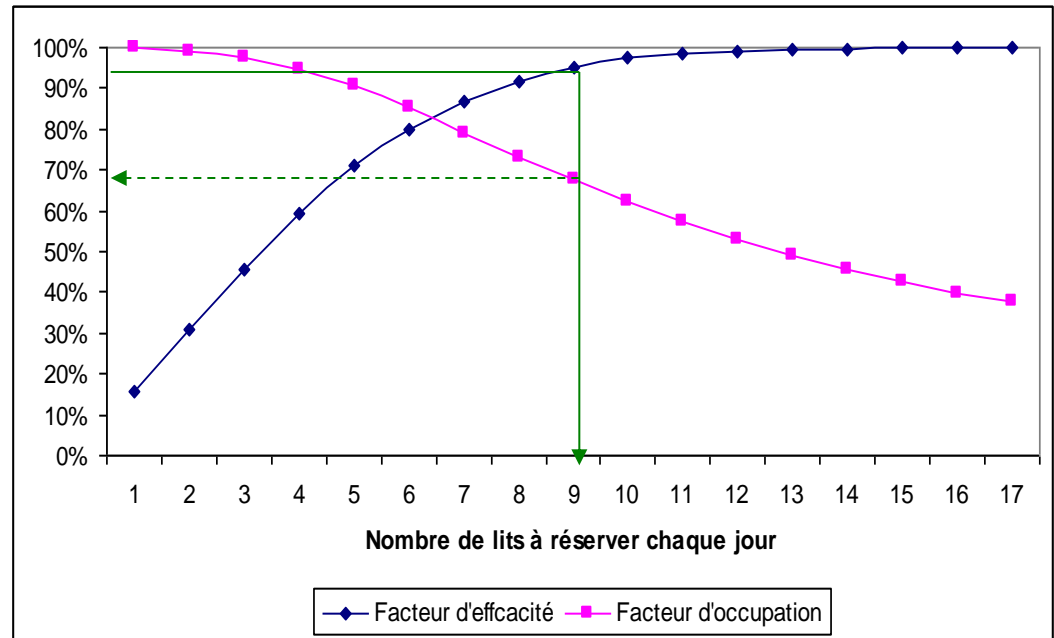
Nombre de lits: 35

Nb d'entrées par jour	Nb jours avec xi entrées	Facteur d'efficacité	Facteur d'occupation
1	7	15,6%	100,0%
2	15	31,0%	99,0%
3	26	45,7%	97,4%
4	41	59,3%	94,7%
5	72	71,1%	90,9%
6	46	79,9%	85,1%
7	41	86,6%	79,1%
8	34	91,6%	73,2%
9	28	95,2%	67,6%
10	34	97,6%	62,4%
11	9	98,5%	57,2%
12	2	99,0%	52,7%
13	5	99,4%	48,9%
14	1	99,6%	45,5%
15	1	99,8%	42,5%
16	1	99,9%	39,9%
17	2	100,0%	37,6%
Total	365		

Durée Moyenne de Séjour = 5,6 jours

Nombre de lits: 35

En fonction du choix du taux de satisfaction de la demande, combien de lits fallait-il réserver chaque jour ?



Calcul de la capacité en lits nécessaire (2)

Chirurgie ortho - 2007

Nb d'entrées par jour	Nb jours avec xi entrées	Facteur d'efficacité	Facteur d'occupation	Nombre de lits nécessaires
1	7	15,6%	100,0%	6
2	15	31,0%	99,0%	13
3	26	45,7%	97,4%	18
4	41	59,3%	94,7%	24
5	72	71,1%	90,9%	29
6	46	79,9%	85,1%	32
7	41	86,6%	79,1%	35
8	34	91,6%	73,2%	37
9	28	95,2%	67,6%	38
10	34	97,6%	62,4%	39
11	9	98,5%	57,2%	40
12	2	99,0%	52,7%	40
13	5	99,4%	48,9%	42
14	1	99,6%	45,5%	45
15	1	99,8%	42,5%	51
16	1	99,9%	39,9%	60
17	2	100,0%	37,6%	77
Total	365			

*TO: 88,7%

Durée Moyenne de Séjour = 5,6 jours

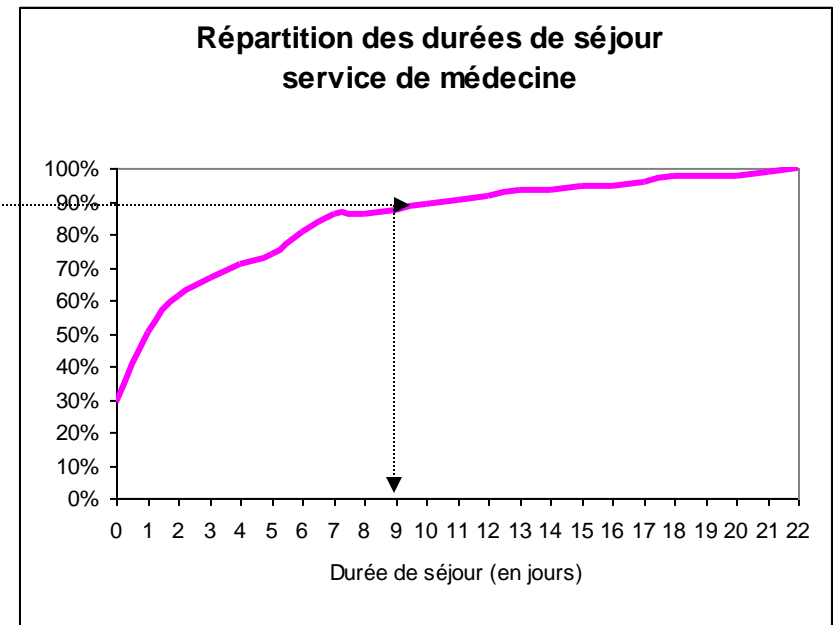
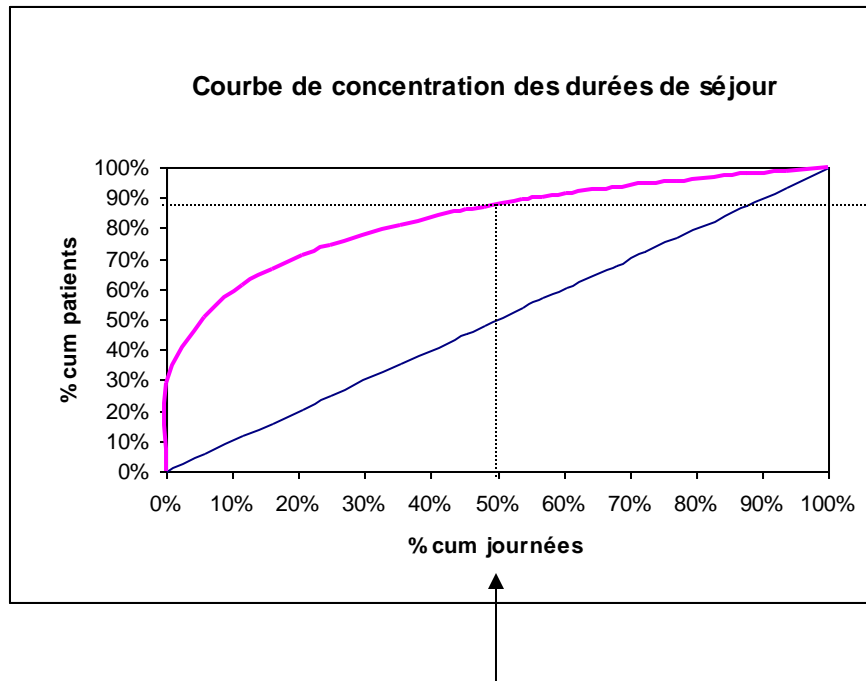
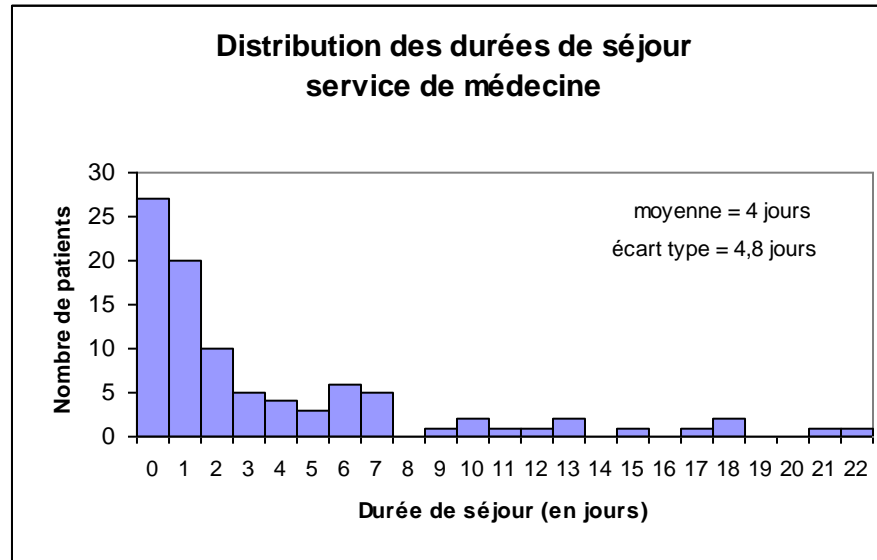
Nombre de lits: 35

Simulations

- **Variation de la durée moyenne de séjour**
- **Fusions d'unités**
- **Variation de la capacité totale du service**
- **Variation du nombre d'entrées dans le service (fréquentation)**



DISTRIBUTION / RÉPARTITION / CONCENTRATION DES DURÉES DE SÉJOUR



DEGRÉ DE DÉPENDANCE DU SERVICE AUX DÉCISIONS EXTERNES

