

# Les *Cahiers* du Benchmark

## MATERNITES

Bonnes pratiques de dimensionnement RH - v1.0

Septembre 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 les maternités. Les interventions auprès des différentes maternités du groupe Générale de Santé (juillet, août et septembre 2009) ont été l'occasion d'établir une méthodologie d'audit, dont les principaux éléments sont capitalisés dans les chapitres suivants :

- 1 - Etalonnage ;
- 2 - Secteur de naissances ;
- 3 - Secteur d'hospitalisation ;
- 4 - 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.pepin@essorconsultants.fr](mailto:michel.pepin@essorconsultants.fr)

# 0 - Avant-propos

- **Extraits du Code de la Santé Publique (CSP)**

Ci-après sont mentionnés les extraits du Code de la Santé Publique actuellement en vigueur relatifs aux effectifs soignants en maternité.

Secteur de naissances

**Article D61244-44**

*Le personnel intervenant dans le secteur de naissances ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :*

*/.../*

*En ce qui concerne les sages-femmes :*

*a) Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissances ;*

*b) Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissances est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.*

*Les sages-femmes affectées au secteur de naissances ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. /.../*

*c) Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour.*

*/.../*

*En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissances et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. /.../*

Secteur d'hospitalisation

**Article D61244-46**

*/.../*

*Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation est fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Il ne peut être inférieur, quelle que soit l'activité du secteur, à une sage-femme, assistée d'un aide-soignant et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier ou une infirmière, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit.*

*/.../*

# 1 - Etalonnage

La 1<sup>ère</sup> étape consiste à évaluer, grossièrement, la performance du service en rapportant 2 paramètres :

- La productivité ;
- La lourdeur de prise en charge.

## • Ratios de productivité

Ces ratios évaluent la productivité en rapportant 2 paramètres :

- Les ressources soignantes : ETP payés tous secteurs confondus de l'ensemble des personnels soignants, (S-F + IDE + AXP + A-S). Le périmètre d'étude n'intègre donc pas à ce stade les éventuelles ASH ;
- L'activité : le nombre d'accouchements réalisés, toutes catégories confondues, ou le nombre de lits occupés, plus représentatif pour le secteur d'hospitalisation.

Il s'agit ici des lits réellement occupés, et non les lits installés, plus représentatifs du niveau d'activité réel de la maternité : ceux-ci s'obtiennent en divisant le nombre de journées d'hospitalisation annuelles par 365.

Par ailleurs, si le nombre d'accouchements et les lits occupés restent les marqueurs les plus fiables pour pouvoir quantifier et comparer l'activité de plusieurs maternités, ceux-ci doivent être considérés avec précaution.

En effet, le taux de césariennes, les éventuelles activités de chirurgie et autres activités complémentaires, ainsi que beaucoup d'autres paramètres, peuvent influencer le juste niveau de ressources nécessaire : la lecture du ratio ne constitue alors qu'une 1<sup>ère</sup> indication, qu'il s'agit de confirmer ou d'infirmier par une étude plus approfondie.

## • Lourdeur de prise en charge

### Le taux de césariennes

Le taux de césariennes est une donnée dépendante des types de populations suivies ainsi que des pratiques de prise en charge. Néanmoins, ce taux a des implications sur l'organisation du service, en termes de charge de travail.

En 2008, la moyenne des maternités de GdS était de 22,2 %.

### Les activités complémentaires

Outre les naissances et hospitalisations concomitantes, des activités complémentaires peuvent expliquer un surcroît de ressources dans telle ou telle maternité.

Il conviendra alors de nuancer les effectifs cible des secteurs de naissances et d'hospitalisation décrits ci-après : c'est l'objet des paragraphes « facteurs d'écarts », recensant tant les remarques issues des visites sur sites que les remarques du groupe de travail, expliquant tout ou partie les écarts observés.

## 2 - Secteur de naissances

La prise en charge des accouchements se fait au sein d'un secteur dit « de naissances ». Les effectifs qui y sont affectés peuvent être décrits de la manière suivante :

- **ETP cibles : le CSP et la référence GdS**

S-F (cf. — )

Les ETP minimums en secteur de naissances sont définis précisément par le CSP :

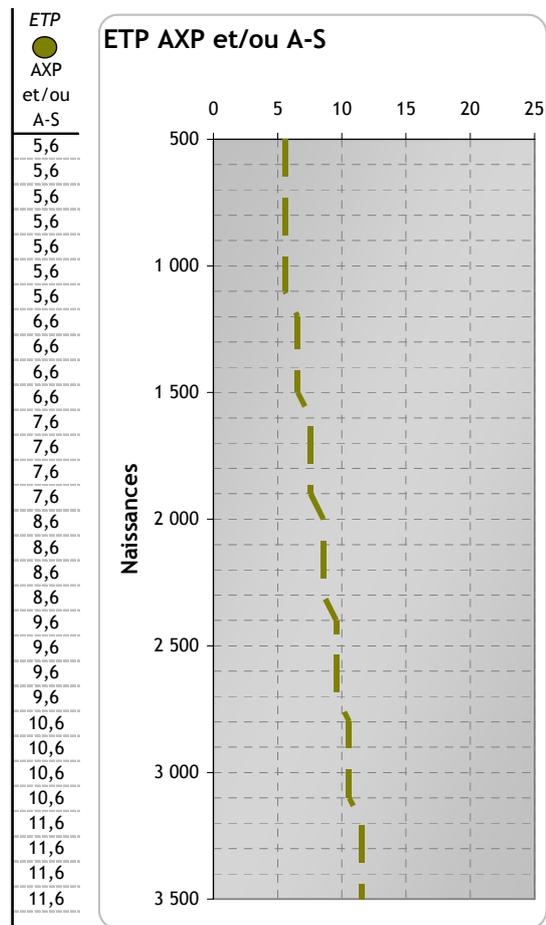
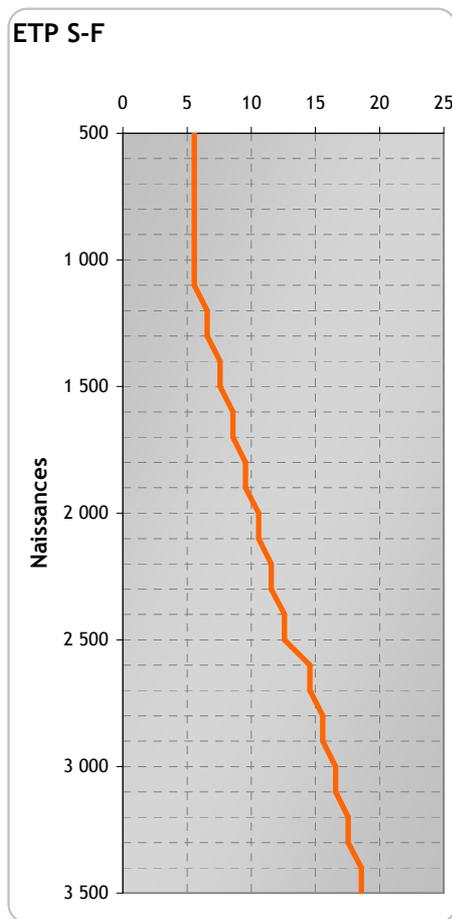
- Jusqu'à 1 000 naissances, 1 présence 24h/24 d'1 S-F (soit 5,6 ETP payés, *minimum CSP*) ;
- Au-delà, 1 ETP supplémentaire toutes les 200 naissances (*minimum CSP*) ;
- Au-delà de 2 500 naissances, 1 ETP supplémentaire de coordination (*minimum CSP*).

AXP et/ou A-S (cf. — )

Les ETP minimums ne sont pas précisément définis par le CSP, hormis l'obligation d'une présence 24h/24 d'AXP et/ou A-S. De l'observation des établissements se dégage alors la règle empirique suivante :

- Jusqu'à 1 000 naissances, 1 présence 24h/24 d'1 AXP et/ou A-S (soit 5,6 ETP payés, *minimum CSP*) ;
- Au-delà, 1 ETP supplémentaire d'AXP ou A-S toutes les 400 naissances.

Naissances	ETP	
	S-F	AXP et/ou A-S
500	5,6	5,6
600	5,6	5,6
700	5,6	5,6
800	5,6	5,6
900	5,6	5,6
1 000	5,6	5,6
1 100	5,6	5,6
1 200	6,6	6,6
1 300	6,6	6,6
1 400	7,6	6,6
1 500	7,6	6,6
1 600	8,6	7,6
1 700	8,6	7,6
1 800	9,6	7,6
1 900	9,6	7,6
2 000	10,6	8,6
2 100	10,6	8,6
2 200	11,6	8,6
2 300	11,6	8,6
2 400	12,6	9,6
2 500	12,6	9,6
2 600	14,6	9,6
2 700	14,6	9,6
2 800	15,6	10,6
2 900	15,6	10,6
3 000	16,6	10,6
3 100	16,6	10,6
3 200	17,6	11,6
3 300	17,6	11,6
3 400	18,6	11,6
3 500	18,6	11,6



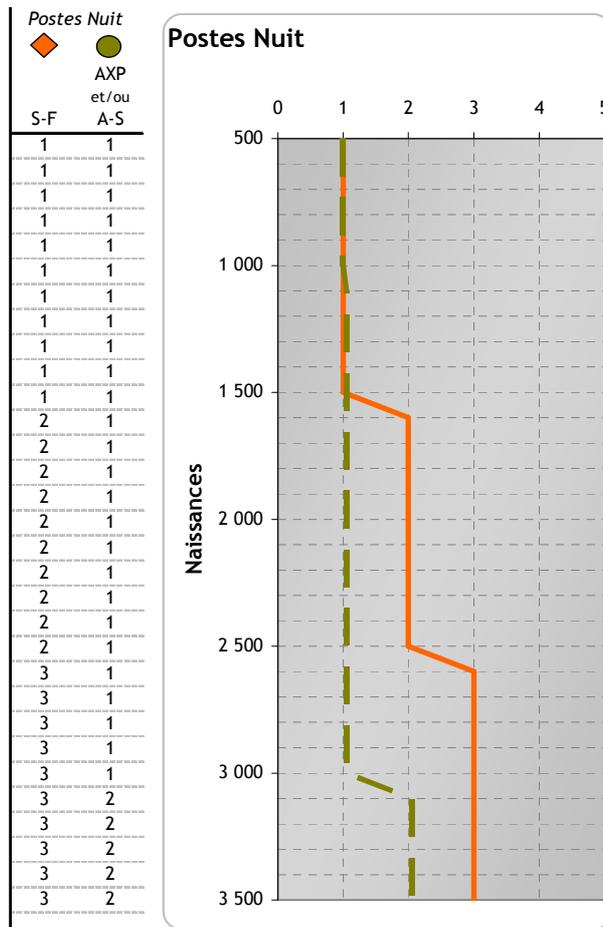
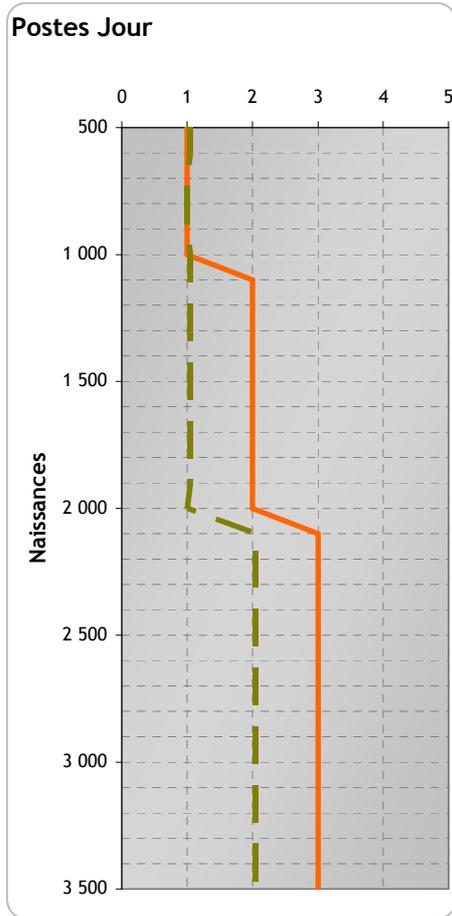
# 2 - Secteur de naissances

## • Postes cibles : la référence GdS

Les postes minimums en secteur de naissances ne sont pas précisément définis par le CSP : seuls les ETP le sont. De l'observation des établissements se dégagent alors les règles empiriques suivantes :

	De jour	De nuit
<b>S-F</b>	(cf. — ) - Jusqu'à <u>1 000 naissances</u> , <u>1 poste S-F</u> ; - Jusqu'à <u>2 000 naissances</u> , <u>2 postes S-F</u> ; - Au-delà, <u>3 postes S-F</u> .	(cf. — ) - Jusqu'à <u>1 500 naissances</u> , <u>1 poste S-F</u> ; - Jusqu'à <u>2 500 naissances</u> , <u>2 postes S-F</u> ; - Au-delà, <u>3 postes S-F</u> .
<b>AXP et/ou A-S</b>	(cf. — ) - Jusqu'à <u>2 000 naissances</u> , <u>1 poste AXP ou A-S</u> ; - Au-delà, <u>2 postes AXP et/ou A-S</u> .	(cf. — ) - Jusqu'à <u>3 000 naissances</u> , <u>1 poste AXP ou A-S</u> ; - Au-delà, <u>2 postes AXP et/ou A-S</u> .

Naissances	Postes Jour	
	S-F	AXP et/ou A-S
500	1	1
600	1	1
700	1	1
800	1	1
900	1	1
1 000	1	1
1 100	2	1
1 200	2	1
1 300	2	1
1 400	2	1
1 500	2	1
1 600	2	1
1 700	2	1
1 800	2	1
1 900	2	1
2 000	2	1
2 100	3	2
2 200	3	2
2 300	3	2
2 400	3	2
2 500	3	2
2 600	3	2
2 700	3	2
2 800	3	2
2 900	3	2
3 000	3	2
3 100	3	2
3 200	3	2
3 300	3	2
3 400	3	2
3 500	3	2



## 2 - Secteur de naissances

- **Les facteurs d'écarts**

Au-delà des effectifs cibles, un certain nombre de paramètres peut venir influencer sur le niveau de ressources dont doit disposer l'établissement :

### Les facteurs géographiques

La proximité des salles de naissances avec les blocs opératoires où sont réalisées les césariennes peuvent permettre des mutualisation de ressources (IBODE, panseuses, etc.). A contrario, l'isolement par rapport aux blocs (étage différent, bâtiment distants, etc.) contraint à intégrer des effectifs dédiés à la maternité, dégradant ainsi le ratio de productivité.

De même, les responsables s'accordent sur le fait qu'une maternité répartie sur plusieurs étages pose généralement plus de difficultés de gestion qu'une maternité concentrée sur un seul et même étage.

### Les facteurs structurels

Entre 0 et 1 000 accouchements par an, le CSP impose la présence d'1 S-F 24h/24. Il est donc évident qu'en termes de productivité, une maternité accueillant 700 accouchements par an est défavorisée par rapport à une maternité en accueillant 1 000.

Par ailleurs, bon nombre de maternités sont soumises à des variations sensibles d'activité d'une année sur l'autre. Ainsi, l'ajustement éventuel des effectifs doit se faire en gardant à l'esprit les perspectives et objectifs d'évolution... A titre d'exemple, un déménagement vers de nouveaux locaux peut accroître l'attractivité d'une maternité dont l'activité était jusqu'alors en baisse : faut-il se séparer d'effectifs pour les réembaucher l'année suivante ?

### Les facteurs liés aux activités complémentaires

L'accueil des urgences gynéco-obstétricales représente une charge de travail supplémentaire pour les S-F en salles de naissances. Cette charge est fonction du nombre et de la gravité des urgences traitées, et peut ainsi varier selon le niveau de la maternité.

# 3 - Secteur d'hospitalisation

Note : les lits évoqués ci-après sont des lits occupés (journées/365) et non installés.

- ETP cibles : la référence GdS**

Les ETP minimums en secteur d'hospitalisation ne sont pas précisément définis par le CSP, seuls les postes le sont. De l'observation des établissements se dégage les règles empiriques suivantes :

**SF et/ou IDE** (cf. — )

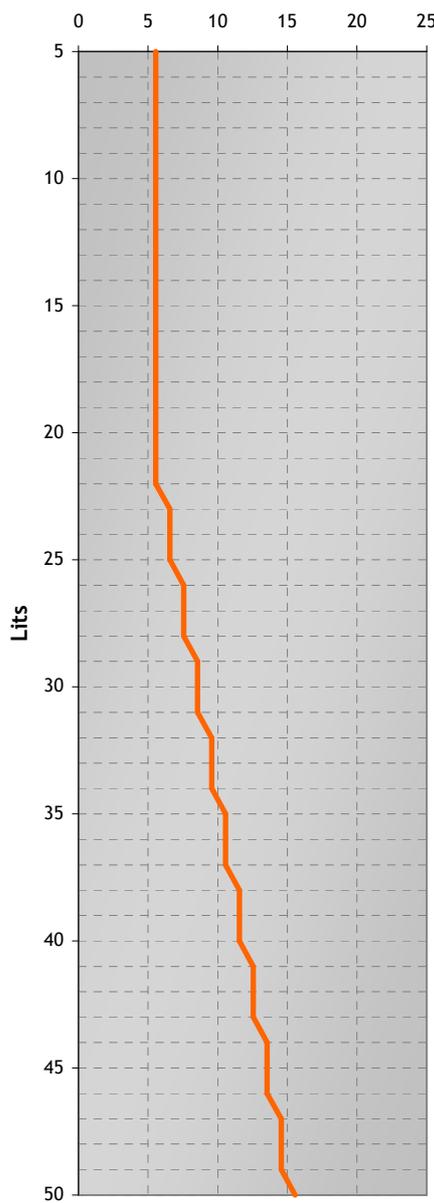
- Jusqu'à 20 lits occupés, 1 présence jour de S-F et 1 présence nuit de S-F ou IDE (soit 5,6 ETP payés) ;
- Au-delà, 1 ETP supplémentaire S-F ou IDE tous les 3 lits.

**AXP et/ou A-S** (cf. — )

- Jusqu'à 10 lits occupés, 2 présences jour d'AXP et A-S et 1 présence nuit d'AXP (soit 8,3 ETP payés) ;
- Au-delà, 1 ETP supplémentaire d'AXP ou A-S tous les 3 lits.

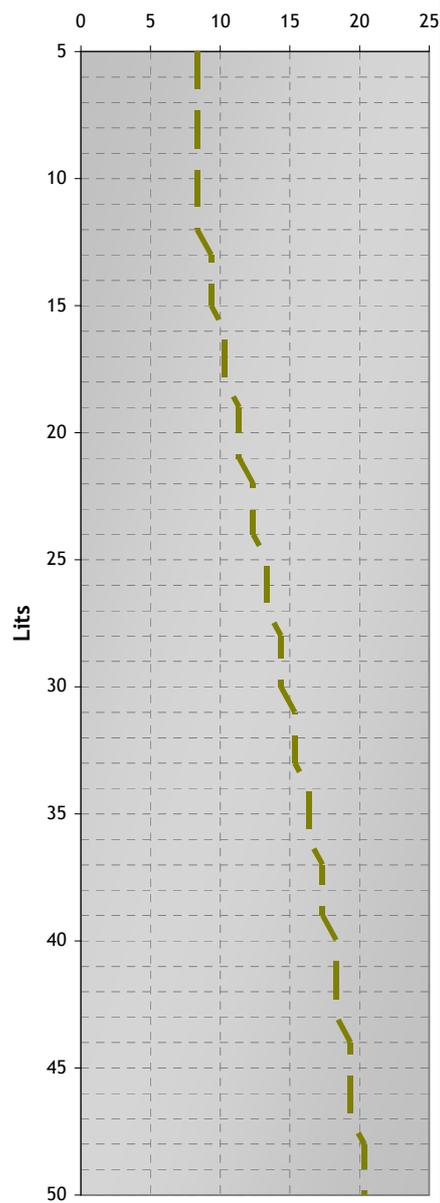
Lits occupés	ETP S-F et/ou IDE
5	5,6
6	5,6
7	5,6
8	5,6
9	5,6
10	5,6
11	5,6
12	5,6
13	5,6
14	5,6
15	5,6
16	5,6
17	5,6
18	5,6
19	5,6
20	5,6
21	5,6
22	5,6
23	6,6
24	6,6
25	6,6
26	7,6
27	7,6
28	7,6
29	8,6
30	8,6
31	8,6
32	9,6
33	9,6
34	9,6
35	10,6
36	10,6
37	10,6
38	11,6
39	11,6
40	11,6
41	12,6
42	12,6
43	12,6
44	13,6
45	13,6
46	13,6
47	14,6
48	14,6
49	14,6
50	15,6

ETP S-F et/ou IDE



ETP AXP et/ou A-S

ETP AXP et/ou A-S



# 3 - Secteur d'hospitalisation

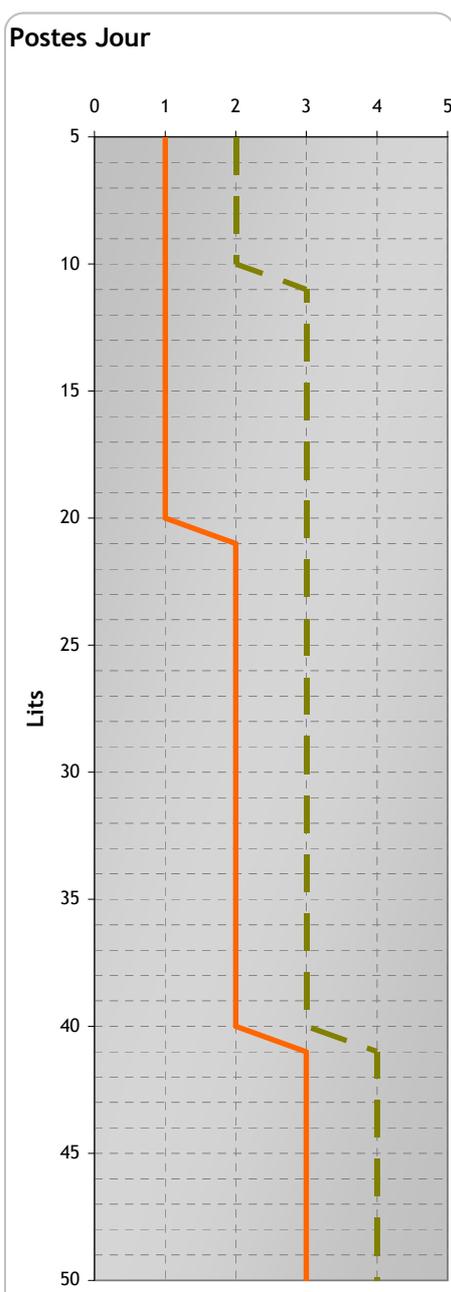


## Postes cibles : le CSP et la référence GdS

Les postes minimums en secteur d'hospitalisation sont définis par le CSP. De l'observation des établissements se dégagent en plus les règles empiriques suivantes :

	De jour	De nuit
<b>S-F et/ou IDE</b>	(cf. — ) - Jusqu'à <u>20 lits</u> , <u>1 poste S-F</u> ( <i>minimum CSP</i> ) ; - Jusqu'à <u>40 lits</u> , <u>2 postes S-F et/ou IDE</u> ; - <u>Au-delà</u> , <u>3 postes S-F et/ou IDE</u> .	(cf. — ) - Jusqu'à <u>25 lits</u> , <u>1 poste S-F ou IDE</u> ( <i>minimum CSP</i> ) ; - <u>Au-delà</u> , <u>2 postes S-F et/ou IDE</u> .
<b>AXP et/ou A-S</b>	(cf. — ) - Jusqu'à <u>10 lits</u> , <u>2 postes AXP et A-S</u> ( <i>minimum CSP</i> ) ; - Jusqu'à <u>40 lits</u> , <u>3 postes AXP et/ou A-S</u> ; - <u>Au-delà</u> , <u>4 postes AXP et/ou A-S</u> .	(cf. — ) - Jusqu'à <u>20 lits</u> , <u>1 poste AXP</u> ( <i>minimum CSP</i> ) ; - <u>Au-delà</u> , <u>2 postes AXP et/ou A-S</u> .

Lits occupés	Postes Jour	
	S-F et/ou IDE	AXP et/ou A-S
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2
9	1	2
10	1	2
11	1	3
12	1	3
13	1	3
14	1	3
15	1	3
16	1	3
17	1	3
18	1	3
19	1	3
20	1	3
21	2	3
22	2	3
23	2	3
24	2	3
25	2	3
26	2	3
27	2	3
28	2	3
29	2	3
30	2	3
31	2	3
32	2	3
33	2	3
34	2	3
35	2	3
36	2	3
37	2	3
38	2	3
39	2	3
40	2	3
41	3	4
42	3	4
43	3	4
44	3	4
45	3	4
46	3	4
47	3	4
48	3	4
49	3	4
50	3	4



# 3 - Secteur d'hospitalisation

## • Maquettes d'organisation

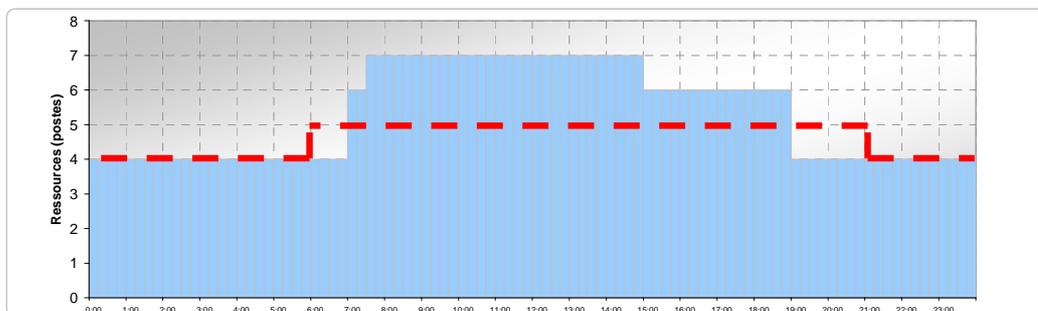
Le nombre de postes de jours comme de nuit étant définis, il convient alors d'établir une maquette d'organisation ajustée au plus près de l'activité du service. Les effectifs peuvent alors être comparés aux effectifs « cibles » ( - - ) définis ci-avant, et pour lesquels nous adopterons la convention suivante :

- Jour = 6h00 / 21h00 ;
- Nuit = 21h00 / 6h00.

Ci-après l'exemple d'une maternité dont les effectifs en secteur d'hospitalisation sont supérieurs à la référence GdS :

RESSOURCES

Description des postes				0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00			
Catégorie	Secteur	Heure début	Heure fin																											
1	S-F	SDC	7:00	19:00																										
2	S-F	SDC	7:30	19:30																										
3	S-F	SDC	19:30	7:30																										
4	ANP	SDC	7:00	19:00																										
5	ANP	SDC	7:30	19:30																										
6	ANP	SDC	7:30	15:00																										
7	ANP	SDC	19:00	7:00																										
8	ANP	SDC	19:30	7:30																										
9	S-F	GP	7:00	19:00																										
10	S-F	GP	19:00	7:00																										
11	ANP	GP	7:00	19:00																										



## • Les facteurs d'écart

### Les facteurs liés aux activités complémentaires

Au-delà des effectifs cibles, des activités complémentaires peuvent venir influencer sur le niveau de ressources dont doit disposer le secteur d'hospitalisation :

- Le suivi de grossesses :
  - Grossesses normales : consultations, entretiens prénatals ;
  - Grossesses pathologiques : consultations, hospitalisation, explorations fonctionnelles ;
  - Préparation à l'accouchement, éducation et suivi de l'allaitement, acupuncture, etc. ;
  - HAD.
- La néonatalogie (hors champ d'étude du benchmark) ;
- La chirurgie gynéco-obstétricale, orthogénie (IVG, planning) ;
- Procréation Médicalement Assistée (PMA) ;
- Diagnostic anténatal :
  - Consultations ;
  - Entretiens pré-IMG.

Certaines de ces activités peuvent être assumées en libéral, rendant alors l'opération « transparente » pour l'établissement (outre la mise à disposition des locaux).

# 4 - Temps de travail

L'organisation du temps de travail est l'ensemble des règles qui permet d'assurer un bon fonctionnement de la maternité.

- **Adaptation aux variations d'activité / de ressources**

2 situations peuvent être distinguées, avec pour chacune d'elle différents types de réaction possibles :

Absence d'un soignant :

- Organisation adaptée à effectif réduit ;
- Mobilité d'un autre service ou pool ;
- Heures supplémentaires ;
- Retour sur repos ou RTT ;
- Recours au CDD ;
- Recours à l'intérim.

Nombre de patients différent du programme :

- Mobilité d'un autre service ou pool ;
- Heures supplémentaires ;
- Retour sur repos ou RTT ;
- Recours au CDD ;
- Recours à l'intérim.

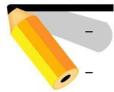
Dans la mesure du possible, le niveau d'effectifs doit toujours être ajusté au plus près de l'activité réelle. Ainsi, c'est d'abord l'activité prévisionnelle qui doit conditionner le remplacement ou non d'une absence d'un soignant.

- **Emploi des ressources**

La répartition des tâches peut être différente selon les protocoles locaux, avec un impact non négligeable sur le niveau de ressources alors nécessaire. Par exemple, les tâches suivantes peuvent être assumées par les médecins, ou par les S-F si délégation de pouvoir leur est accordée :

- Sortie des mères ;
- Echographies ;
- Consultations prénatales.

Merci aux équipes :



- Clinique Armand Brillard ;
- Clinique Bon Secours ;
- Clinique du Parc Croix ;
- Clinique le Petit Colmoulins ;
- Clinique les Martinets ;
- Clinique Marne Chantereine ;
- Clinique Saint Amé ;
- Clinique Sainte Marthe ;
- CMC Parly 2 ;
- HP Beauregard ;
- HP Claude Galien ;
- HP d'Antony ;
- HP de l'Ouest Parisien ;
- HP Drôme Ardèche ;
- HP du Vert Galant ;
- HP Jacques Cartier ;
- HP Paul D'Egine ;
- HP Saint Martin (Pessac) ;
- HP Seine Saint Denis ;
- Polyclinique de Savoie.

