



Catherine Aung*

Un hôpital qui souhaite améliorer son organisation cherchera entre autres à déterminer et évaluer la charge de ses médecins. Leurs activités sont-elles réparties de manière adaptée? Les médecins sont-ils surchargés, sous-occupés? Peuvent-ils être libérés de certaines tâches routinières?

Il est possible de mesurer la charge de travail de l'ensemble des médecins d'un hôpital. Cela permet à l'hôpital d'employer ses médecins encore plus efficacement,

d'éviter les goulets d'étranglements, mais aussi d'améliorer la qualité des prestations fournies.

Evaluer la charge des médecins de travail

Les contraintes budgétaires imposées en Suisse à l'ensemble des établissements hospitaliers ont poussé et poussent encore bon nombre d'entre eux à se restructurer. De ce fait, les effectifs ont été fortement réduits (soins infirmiers, personnel administratif, techniciens, etc.). Les médecins salariés n'ont pas été épargnés.

«Faire plus avec moins»: le mot d'ordre est lancé. Mais ce n'est pas si simple. Des questions se posent:

- Comment répartir une charge de travail médicale croissante sur un nombre fixe de médecins, sans diminuer la qualité des prestations fournies?
- Comment, dans un tel contexte de diminution des subventions, maintenir la satisfaction des médecins dans leurs activités? Autrement formulé, comment limiter les facteurs de stress (insatisfaction, insécurité, conflits, etc.), qui, liés à la surcharge de travail, conduisent inévitablement à des dysfonctionnements?

Ces questions sont récurrentes dans la plupart des établissements hospitaliers. Pour les résoudre efficacement, l'hôpital doit d'abord disposer d'un élément clé: un instrument de mesure de la charge de travail. C'est ce sujet que nous aimerions traiter ici en vous faisant part de notre expérience relative aux trois points suivants:

- Comment déterminer la charge de travail des médecins?
- Comment évaluer l'organisation du travail des médecins?
- Comment améliorer l'organisation du travail des médecins?

Cinq étapes pour déterminer la charge de travail des médecins

Les outils existants permettant de calculer la charge optimale en personnel soignant (PRN, Plaisir, pour ne citer que les plus connus) sont nombreux. La tâche est beaucoup plus ardue lorsqu'il s'agit d'évaluer la dotation médicale optimale, de nombreux actes médicaux n'étant pas facilement quantifiables.

Par ailleurs, la charge de travail des médecins est fonction d'un grand nombre de variables qu'il convient de prendre en compte. Ces variables peuvent être classifiées selon les catégories suivantes:

- l'environnement de l'hôpital, qui influence directement sa gestion
- la mission et les objectifs que se fixe l'établissement: volume et qualité des services de soins, formation, recherche, etc.
- l'organisation du travail: méthodes, horaires, etc.
- le mélange des cas (*case-mix*): nombre et types de pathologies, sévérité et complexité des cas traités, etc.
- les méthodes de prise en charge: protocoles cliniques, technologies utilisées, etc.

Le tableau 1 propose une vue d'ensemble de ces facteurs.

En raison de la complexité des paramètres à prendre en compte pour la mise en place d'un projet «mesure de la charge de travail des médecins», il convient de procéder par étape. Notre expérience a confirmé l'adéquation de cinq étapes principales comme suit:

- planification du projet «évaluation de la charge de travail des médecins»
- documentation des processus
- analyse quantitative des activités (volumes et temps moyens)
- analyse qualitative de l'organisation du travail des médecins

* Catherine Aung, MBA, dipl. en marketing, consultante dans la branche Santé, ATAG Ernst & Young Consulting, Lausanne. © 021 310 41 00

- propositions de mesures d'amélioration.

Si les activités sont trop différentes d'un service à l'autre (p. ex. : hospitalisation et ambulatoire), il est utile de prévoir la création de groupes homogènes de services, de choisir un site-pilote pour une première mise en place du projet avant d'étendre la méthode aux autres groupes homogènes ou à l'ensemble de l'hôpital.

La méthodologie proposée s'appuie sur une démarche participative et une grande transparence de l'information. Elle permet ainsi d'inté-

grer les meilleures compétences existant au sein de l'hôpital, de définir des indicateurs d'activités pragmatiques dans lesquels tous les acteurs peuvent se reconnaître et de transmettre plus facilement les conclusions du projet aux cadres et collaborateurs de l'établissement. Ceci facilitera grandement les opérations de démultiplication et d'adhésion, indispensables lors de l'extension du projet.

Nous allons maintenant étudier plus en détail chacune des étapes menant à l'évaluation de la charge de travail des médecins dans l'hôpital.

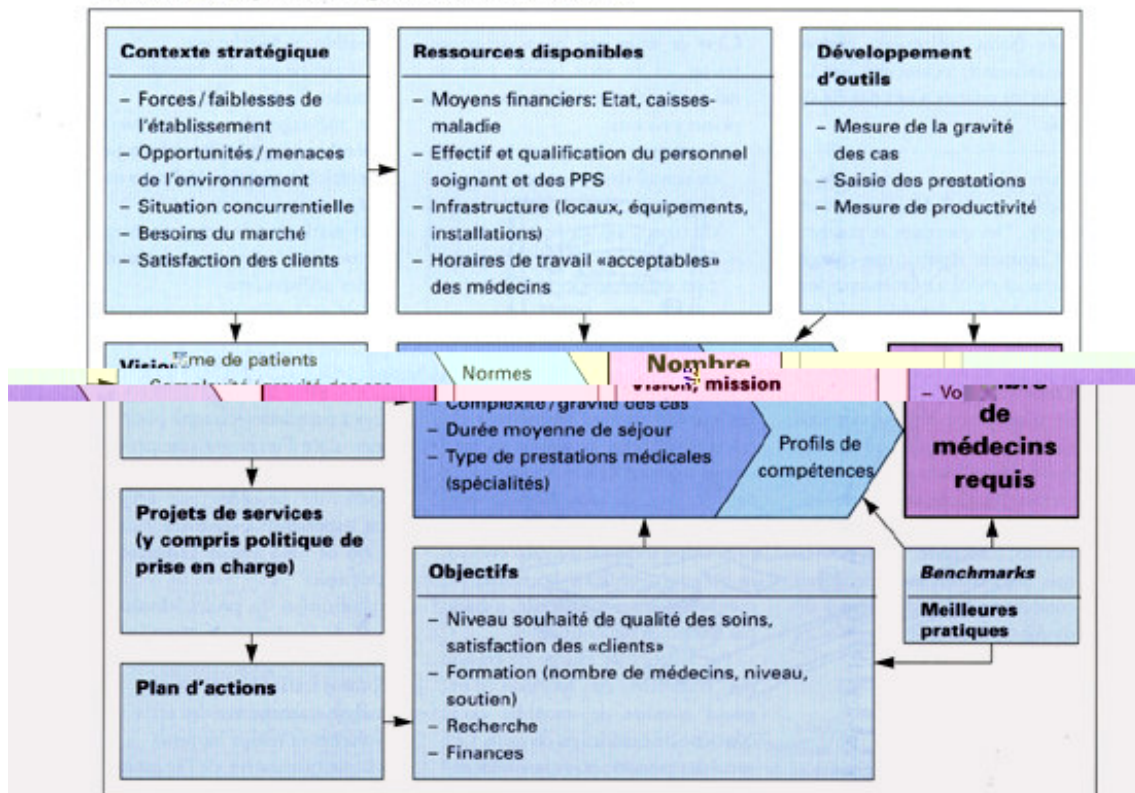
Etape 1: planification

Il s'agit, au cours de cette étape, de mettre en place les structures de travail, de définir le rôle de chacun, de confirmer les objectifs, la méthodologie et le mode de communication avec les médecins. On cherche en outre à inventorier l'ensemble des données disponibles et à informer les cadres, médecins et autres collaborateurs sur le projet en cours.

Etape 2: approche par processus

Pour analyser la charge de travail des médecins, nous préconisons une ap-

Tableau 1
Facteurs influençant la charge de travail des médecins





approche par processus. Celle-ci vise des admissions et à l'efficacité de ces activités. Cette approche réside dans le cloisonnement des services, ce qui empêche les médecins de différents services de travailler ensemble.

ment d'un hôpital, conduit à une approche par fonction ou par division qui considère l'établissement de manière plus statique. On entend par «processus» une série d'activités logiquement reliées, qui, à partir des ressources de l'hôpital (ressources humaines, matériel médical, médicaments, etc.), produit un résultat pré-défini pour un client interne (p. ex.: services, médecins, soins infirmiers) ou externe (p. ex.: patients).

Contrairement à l'approche par processus, l'analyse classique de l'organisation d'un hôpital est de type fonctionnel: elle consiste à optimiser les fonctions de l'hôpital (soins, services médico-techniques, services

qui agissent souvent en vase clos. Une proposition d'amélioration apportée dans un service est ainsi rarement mise en œuvre si elle passe aussi par des changements à faire dans un autre service.

Le recours à une approche par processus se justifie également par le fait qu'elle offre une vue d'ensemble et augmente la pertinence du jugement porté sur les dysfonctionnements et les travaux redondants. On distingue ainsi plus facilement les activités efficaces des activités dites «sans valeur ajoutée».

La documentation de processus permet ainsi d'inventorier l'ensemble des activités de tout ou par-

decin adjoint, médecin chef de service, etc.). Ces activités comportent:

- des activités cliniques (tableau 2)
- des activités administratives (à l'exclusion des activités relevant de la formation, de la recherche, de la préparation de licences, de doctorats, de publications, etc.)
- des activités diverses (interruptions, déplacements dans ou hors de l'établissement, etc.).

La distinction entre les différents types d'activités est d'autant plus importante que dans le futur système de financement par pathologie prévu par la LAMal, les caisses-maladie ne seront astreintes qu'à payer le coût des soins au sens strict.

Tableau 2
Exemples de documentation du processus «traitements médicaux au patient en hospitalisation»

Admission du patient	Traitement et suivi médical	Sortie du patient
Activités cliniques		
<ul style="list-style-type: none"> - Prise de connaissance du dossier du patient - Anamnèse / status - Présentation et discussion du cas avec le chef de clinique - Visite diagnostique du patient - Communication éventuelle avec le médecin traitant - Elaboration / dictée de la note d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement des plans de soins - Visite des patients - Revue des Kardex - Prise de connaissance des résultats d'examens - Colloques avec le personnel soignant - Communication avec physio / ergo / logo, etc. - Discussion, rencontre avec les familles - Communication avec le chef de clinique - Communication avec d'autres médecins-assistants - Participation aux rapports de garde 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la prise en charge - Examens cliniques éventuels de sortie
Activités administratives		
<ul style="list-style-type: none"> - Remplir diverses demandes d'examens - Ecrire des ordonnances - Diverses notes 		<ul style="list-style-type: none"> - Remplir les formulaires de sortie - Etablir, dicter des lettres de sortie - Remplir divers formulaires (caisses-maladie, certificat de décès, etc.)

Etape 3: analyse quantitative des activités des médecins

Cette troisième étape peut s'articuler en deux subdivisions:

- La première consiste à élaborer des indicateurs d'activités (p. ex.: temps moyen passé à une admission, temps moyen hebdomadaire passé à visiter des patients, à remplir des demandes d'exams, etc.). Pour cette première phase, plusieurs solutions, éventuellement cumulatives, sont envisageables:

- auto-évaluation des temps de travail par les médecins de l'établissement (soit sous la forme d'un questionnaire à remplir à un moment donné, soit sous la forme d'un «journal» à tenir régulièrement pendant une à deux semaines)
- chronométrage des activités des médecins par des tiers pendant plusieurs jours, y compris les jours de garde et lors des tâches de supervision (système du «pique-minutes»)
- confrontation des deux estimations et conciliation des résultats
- création d'un groupe ad hoc devant évaluer les activités peu fréquentes ou difficilement mesurables (p. ex.: lecture, auto-formation, etc.).

- La seconde phase consiste à évaluer la charge de travail en tenant compte des temps moyens par activité et en les multipliant par l'occurrence ou le volume des activités (p. ex.: nombre d'entrées, nombre de consultations, fréquence des visites, etc.).

Etape 4: analyse qualitative de l'organisation du travail des médecins

Après l'élaboration et l'analyse des données, cette étape permet d'iden-

Tableau 3

Exemples de questions que les médecins se posent lors d'ateliers visant l'amélioration de leur charge de travail

<ul style="list-style-type: none">● Comment optimiser la formation des jeunes médecins à la pratique médicale?● Comment établir des procédures standards utilisables et utilisées par tous les médecins?● Les médecins sont habitués à un exercice individuel. Comment, dans ce contexte, renforcer le travail en équipe et améliorer la collaboration avec les autres mériers (soins infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.)?● Comment simplifier et/ou réduire les tâches administratives que les médecins doivent accomplir et qui ne leur incombent pas directement (recherche de dossiers médicaux, etc.)?● Les systèmes de transmission d'informations dans l'établissement sont-ils efficaces?	<ul style="list-style-type: none">● Par quels moyens l'utilisation des outils informatiques disponibles dans de nombreux établissements pourrait-elle être renforcée (p. ex.: maîtrise de l'outil par les médecins, contenu plus médical des données, accès aux résultats d'exams, etc.)?● Si l'on souhaite que les médecins consacrent une partie de leur temps à leur auto-formation, à des travaux de recherches, etc., comment leur libérer des plages horaires dans la semaine?● Existe-t-il des hospitalisations inappropriées? Si oui, dans quelle mesure leur nombre influe-t-il sur la charge de travail?
---	--

tifier les sources de dysfonctionnements et d'amélioration potentielle du travail. Les mesures ainsi déterminées aboutissent à des gains de temps et par là même à une meilleure utilisation des ressources disponibles (humaines et matérielles). Les procédures sont simplifiées et l'utilisation d'outils de gestion ad hoc permet d'obtenir une répartition optimale du temps de travail.

Cette étape peut être effectuée sur la base d'un questionnaire qualitatif à remplir par les médecins ou grâce à des ateliers «Express» regroupant tous les médecins et au cours des-

quels un processus préalablement défini (p. ex.: traitement aux patients) est analysé en profondeur pour:

- identifier rapidement des potentiels d'amélioration (p. ex.: gains de temps, amélioration de la qualité des soins, diminution des coûts)
- modifier les activités pour qu'elles ajoutent plus de valeur au processus (p. ex.: limiter les fluctuations, améliorer les méthodes, éliminer les temps d'attente)
- supprimer les tâches redondantes, les gaspillages, les goulets d'étranglement.



Il s'agit donc pour les médecins de répondre aux questions suivantes:

- Que devrions-nous faire que nous ne faisons pas maintenant?
- Que devrions-nous faire différemment?
- Que devrions-nous diminuer, voire éliminer?

Le *tableau 3* énumère quelques exemples de questions auxquelles des médecins ont réfléchi et répondu durant ces séminaires.

Etape 5: propositions de mesures d'amélioration

Dans un projet d'amélioration de la

charge de travail des médecins dans un hôpital, la dernière étape consiste à identifier et à mettre en œuvre une série de mesures concrètes destinées à augmenter l'efficacité du travail des médecins dans les domaines cliniques, académiques et administratifs.

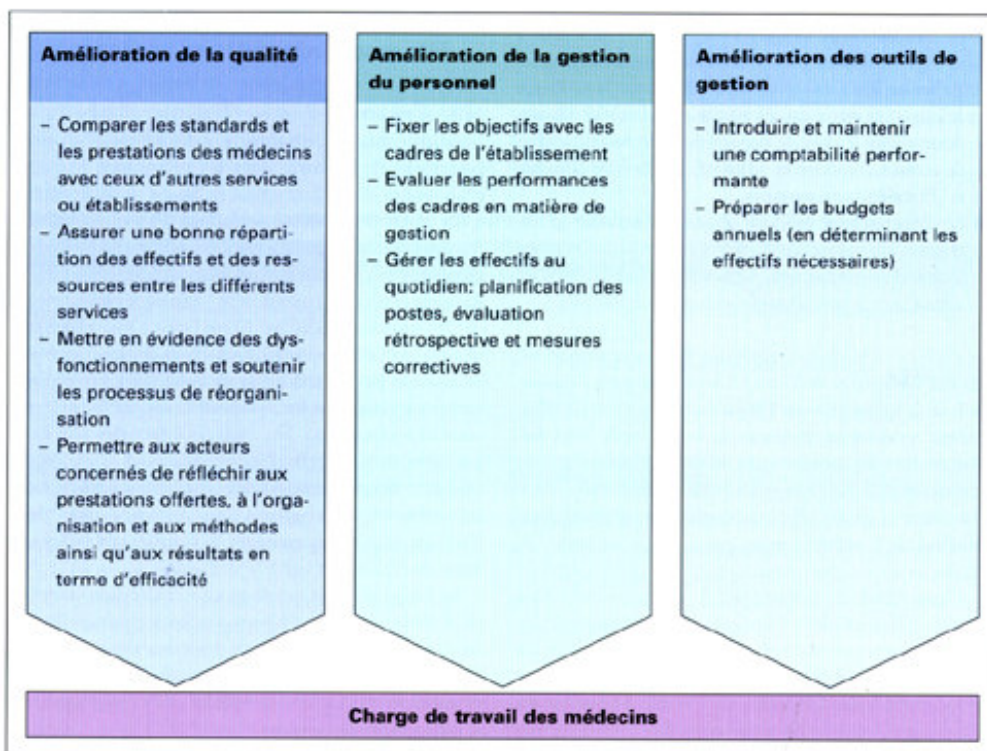
Les améliorations ont pour objectif soit d'optimiser des processus existants soit d'introduire de nouveaux processus et de développer de nouvelles méthodes. Les améliorations sont ensuite estimées selon deux critères: s'agit-il d'une élévation de la qualité ou d'une réduction du temps nécessaire?

A titre d'exemples, les propositions issues d'un tel projet peuvent s'articuler autour des points suivants:

- activités médicales et cliniques (p. ex.: mettre en place un dossier patient informatisé)
- activités académiques (p. ex.: planifier les rencontres entre les médecins-assistants et les chefs de clinique; introduire un système d'évaluation des cadres et des assistants)
- organisation générale du travail (p. ex.: élaborer un cahier des charges précis des rôles et fonctions de chacun)

Tableau 4

Exemples d'améliorations complémentaires découlant d'une évaluation de la charge de travail des médecins



- gestion des ressources humaines (p. ex.: mettre en place un système de planification des auxiliaires et des remplacements).

A l'issue d'un projet d'évaluation de la charge de travail du corps médical d'un hôpital, les mesures adoptées doivent être mises en œuvre. Autrement dit, les tâches doivent être réparties de manière plus adaptée et le temps dont disposent les médecins mis à profit plus efficacement.

Extension du projet

Si elle leur permet de mieux utiliser leur temps, l'évaluation de la charge de travail des médecins trouve également d'autres applications. Elle peut être à l'origine d'une élévation du niveau de qualité, d'un management plus efficace ou d'une amélioration des instruments de gestion (voir l'aperçu présenté au *tableau 4*).

Conclusion

Dans le secteur de la santé en gé-

ral et dans un hôpital en particulier, les médecins constituent un élément clé, sinon l'élément le plus important. Représentant un poste de coûts considérable, ils ne sont pas épargnés pour autant par les mesures d'économies et les bouleversements qui touchent le monde de la santé.

Pour que des modifications relatives au corps médical puissent être introduites, des évaluations doivent être disponibles. Nous avons montré comment la charge de travail des

Tableau 5

Exemple d'un projet d'évaluation de la charge de travail des médecins: la gériatrie dans les Hôpitaux Universitaires de Genève

Les Hôpitaux Universitaires de Genève regroupent plusieurs établissements de gériatrie:

- Le département de gériatrie compte 304 lits à l'Hoger à Thônex (GE) et 104 au Cesco à Collonges-Bellerive (GE). Dirigées par le professeur Jean-Pierre Michel, ces deux unités emploient au total 42 médecins dont 1 chef de département, 1 médecin chef de service, 5 médecins adjoints, 10 chefs de clinique et 25 médecins-assistants.
- Le département médical de Loëx (activité gériatrique), dirigé par le docteur Pierre Conne, compte 1 chef de département, 1 chef de service, 2 chefs de clinique et 5 médecins-assistants pour 292 lits.

Le professeur Michel et le docteur Conne se sont adressés à ATAG Ernst & Young Consulting pour l'évaluation de la quantité et de l'organisation du travail effectué par les diverses catégories de médecins de leurs établissements. Ils ont souhaité s'adjoindre des consultants extérieurs afin que ceux-ci jouent un rôle d'appui et garantissent la qualité des informations recueillies, la validation de la méthodologie proposée, la neutralité et l'objectivité des interprétations.

L'objectif de ce projet était de permettre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines (corps médical) et matérielles, notamment par des mesures de réorganisation, la simplification de procédures et la mise à disposition d'outils de gestion. Ce projet, qui s'est déroulé entre septembre 1996 et juillet



1997, s'est inscrit dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité d'un département de gériatrie dont les prestations jouissent d'un renom d'excellence tant en Suisse qu'à l'étranger.

Le projet a été réalisé sur la base d'un questionnaire d'auto-évaluation rempli par l'ensemble des médecins, complété et contrôlé par un plan «pique-minutes» – mesures effectuées par des tiers – appliqué pendant près de 70 journées-médecins. Cette étape s'est avérée très utile puisqu'elle a permis de mettre en évidence une sur-estimation par les médecins de certaines activités, notamment celles qui leur plaisent le moins (p. ex.: travaux administratifs). Les mesures effectuées portaient par exemple sur le temps moyen nécessaire à une entrée ou sur le temps hebdomadaire consacré aux tâches administratives, aux visites des patients dans leur chambre, aux rencontres avec la famille, aux colloques multidisciplinaires, etc.

Le projet reposait sur un groupe de décision composé de 2 médecins chefs et sur un comité de pilotage (8 personnes, dont 6 médecins, un directeur des soins et un directeur des ressources humaines), dont le rôle a été de planifier les opérations, de valider et de contrôler l'état d'avancement des travaux.



médecins peut être mesurée. Puis l'organisation de leurs activités est analysée afin de définir dans quelle mesure et par quels moyens ils pourront devenir encore plus performants. Les mesures consistent à mieux répartir les tâches et les ressources, à éviter les surcharges et les périodes de sous-occupation, afin de garantir un engagement optimal.



Cette démarche a permis d'élaborer un catalogue de mesures d'amélioration, dont certaines ont pu être mises en place immédiatement (exemples: recours à un médecin permanent à Loëx pour le remplacement de ses collègues durant leur récupération de garde, leurs vacances ou congés-maladie; mise en place d'un secrétariat plus performant à l'Hoger). Des mesures à long terme sont actuellement introduites.

La quantification de la charge de travail des médecins a conduit également à des réflexions plus larges sur les prestations des trois unités genevoises de gériatrie. Ces réflexions relèvent de quatre dimensions clés: mission et vision de l'hôpital, stratégie, culture de l'établissement et organisation-structure-management. Le *tableau 5.1* présente quelques-unes des réflexions et questions soulevées.

Tableau 5.1

Exemples d'interrogations émises lors de la mesure de la charge de travail des médecins

<p>Mission, vision</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quelles sont les vocations et les missions de l'hôpital? ● Quelle est la dimension thérapeutique (p. ex. réhabilitation, rééducation)? ● Quel est le positionnement stratégique de l'établissement? 	<p>Culture de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quelle image veut-on donner de l'établissement, de la discipline? ● Quelle est la motivation des médecins?
<p>Stratégie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Combien de lits universitaires? ● Quelle intégration doit exister avec les réseaux de soins extérieurs? ● Comment définir les objectifs de traitement, de formation, de recherche? ● Quelle est l'adéquation entre les objectifs, les moyens, les ressources et les résultats de l'hôpital? 	<p>Organisation, structure et management</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quel rôle les médecins doivent-ils jouer? ● Comment éviter les doublons et optimiser les processus de l'organisation? ● Comment optimiser les relations entre les différents métiers (médecins, soins infirmiers, techniciens, etc.)?