



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

**Développer l'attractivité de la maternité
du GHLRRA : un défi à relever en
associant les professionnels**

Hélène GENDREAU

Remerciements

Je remercie mon maître de stage, Monsieur Dominique REY, Directeur des services économiques au Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, pour son soutien au cours de l'élaboration de ce mémoire, ses relectures attentives et sa disponibilité. Je remercie également Monsieur Benoît FOUCHER, Directeur des activités de psychiatrie et du pôle femme-enfant, pour nos échanges et pour la confiance qu'il m'a accordée dans le pilotage de ce projet.

Je tiens à remercier le Directeur du GHLRRA, les médecins et les sages-femmes qui ont accepté de me recevoir en entretien pour leur disponibilité, leur curiosité et leur discours spontanés. Mes remerciements vont aux personnels médicaux et administratifs des autres établissements, qui ont répondu à mes questions et ont partagé avec moi leurs retours d'expériences, qui ont constitué une aide précieuse dans ma façon d'appréhender ce sujet.

Je remercie particulièrement la cellule Communication du Groupe hospitalier pour son dynamisme, son esprit d'initiative et son soutien.

Je souhaite remercier Madame Bergeal, médecin DIM du GHLRRA, pour sa contribution directe à ce travail, via la constitution de la base PMSI et son accompagnement dans son exploitation et Monsieur Delom, attaché d'administration hospitalière en charge du contrôle de gestion. Merci également aux enseignants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, notamment Madame Lacour, Monsieur Louazel et Madame Routelous pour leur écoute et leurs recommandations.

Enfin, merci à Delphine pour ses conseils au quotidien et à Emmanuelle pour ses relectures et sa présence lumineuse.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 La maternité du GHLRRA, un service de soins singulier à promouvoir	7
1.1 La maternité du GHLRRA : une photographie	8
1.1.1 Un service attractif pour les parturientes et pour les professionnels de santé...	8
1.1.2 Une activité croissante depuis le déménagement.....	11
1.1.3 Un volume d'activité à conserver.....	13
1.2 Les maternités des établissements publics de santé : des services en recomposition	17
1.2.1 Vers une médicalisation raisonnée de la maternité	17
1.2.2 Les impacts de la revalorisation du statut de sage-femme hospitalière sur l'organisation des services de soins.	19
1.2.3 Proposer un accompagnement global et travailler en partenariat direct avec les professionnels libéraux.....	21
2 Les perspectives à court, moyen et long termes pour développer collectivement l'attractivité de la maternité	24
2.1 Un plan de communication offensif et la recherche d'une amélioration des parcours des parturientes	26
2.1.1 Un plan de communication externe aux multiples facettes pour façonner une image de référence.	26
2.1.2 L'accès au service simplifié, les consultations anticipées, l'orientation modernisée : un service client amélioré.....	33
2.2 La recherche d'une coordination plus efficiente entre les professionnels de santé au sein du PFE et avec les professionnels libéraux	38
2.2.1 Harmoniser les temps de présence des professionnels dans le service des suites de couches.....	41
2.2.2 L'ouverture de l'Hôpital vers la ville	45
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Annexe 1 : Le GHLLRA, une brève présentation	II
Annexe 2 : Les maternités en France, une offre diversifiée et hiérarchisée	V
Annexe 3 : Les recettes des maternités.....	VII
Annexe 4 : Informations financières relatives au pôle femme-enfant du GHLRRA en 2013 et en 2014	VIII
Annexe 5 : Les cantons du département de Charente-Maritime (17).....	X
Annexe 6 : Les destinations des patientes originaires des cantons de Charente-Maritime en 2010, 2011, 2012 et 2013	XII
Annexe 7 : Les professionnels de santé ayant une activité libérale ou mixte en Poitou-Charentes au 1er janvier 2014.	XVI
Annexe 8 : La liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire.....	XVII
Annexe 9 : La grille de questions élaborée pour préparer les entretiens avec les médecins.....	XX
Annexe 10 : Un extrait de l'entretien semi-directif de Monsieur Dieumegard, Directeur du Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer	XXI
Annexe 11 : Le règlement intérieur de la participation citoyenne	XXIV
Annexe 12 : Les trois noms retenus pas le jury le 14 septembre 2015	XXVI
Annexe 13 : La durée moyenne de séjour (DMS) pour les principaux groupes homogènes de malades des services d'obstétrique en Poitou-Charentes en 2014	XXVII
Annexe 14 : L'organisation les temps de travail dans le service des suites de couches du GHLRRA (30 lits + 4 lits d'unité kangourou).....	XXVIII
Annexe 15 : Une proposition de convention administrative, établie entre une sage-femme libérale et le GHLRRA.	XXIX

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CA : Communauté d'agglomérations

CC : Communauté de communes

CHIVA : Centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège.

CHRM : Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

Cnamts : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPP : Centre périnatal de proximité

DIM : Département de l'information médicale

EDH : Elève directrice-d' hôpital

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale

ETP : Equivalent temps plein

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHLRRA : Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis

HPST : Hôpital, patient, santé et territoire

UK : Unité kangourou

PFE : Pôle femme-enfant

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

Introduction

« Etre né quelque part /Etre né quelque part /C'est partir quand on veut / Revenir quand on part »

Né quelque part, chanson de Maxime Le Forestier (1987)

« On a tout fait pour cette maternité, maintenant on se met autour de la table et on trouve autre chose. C'est la dernière chance... Soit ça marche et on regagne les parts de marché que l'on a perdues, voire plus, soit on échoue, et on vend tout ».

Monsieur Yildiray Kucukoglu, Directeur Général des cliniques rochelaises, Groupe Capio.

2014, une année faste pour la maternité Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis (GHLRRA)¹ : 1838 bébés y sont nés et ont vécu leurs premiers jours dans le service des suites de couches de trente lits, auquel sont rattachés quatre lits d'unité kangourou. Un record d'activité pour cette maternité de niveau II-B², service historique de l'établissement.

Au XIXème siècle, des religieuses accueillent les parturientes isolées. En 1936, la construction de la nouvelle maternité est achevée : ce bâtiment, témoin du XXème siècle – un bunker y est construit lors de l'Occupation – a été vendu par le GHLRRA à Bouygues Immobilier en 2014 pour la somme de sept millions deux cent mille euros, alors que la maternité rejoint le site principal quatre ans auparavant. En novembre 2011, la construction du pôle femme-enfant est achevée. Cette structure en arc-de-cercle regroupe sur trois étages des consultations de gynécologie-obstétrique, un service d'hospitalisation de gynécologie et un service de suites de couches, auquel est rattaché le bloc obstétrical.

Deux phénomènes complémentaires seraient à l'origine du pic d'activité enregistré l'an passé : une natalité élevée et une hausse de l'attractivité de la maternité du Groupe hospitalier, observée depuis le déménagement. L'année 2015 s'annonce plus modeste : si l'activité de ces six premiers mois n'augmente pas, la maternité du GHLRRA enregistrera 1600 naissances et connaîtra sa première baisse d'activité depuis cinq ans. La baisse de la natalité et la concurrence ravivée de la Clinique du Mail, détenue par le groupe Capio depuis 2009, sont invoquées pour expliquer cette diminution d'activité. Ancienne, cette concurrence change de nature. Bien qu'un dialogue entre les deux établissements fût engagé il y a trois

¹Cf annexe 1 : Le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, une brève présentation

²Cf annexe 2 : Les maternités en France, une offre diversifiée et hiérarchisée

ans, la Clinique du Mail proposant au Centre Hospitalier de La Rochelle de reprendre cette activité, ces échanges n'ont pas abouti. Depuis décembre 2014, la Clinique du Mail renouvelle sa stratégie : quatre médecins ont été recrutés, des locaux neufs accueilleront la maternité dans deux ans. Si l'attractivité de la maternité du GHLRRA ne dépend pas uniquement de la stratégie de la Clinique, la recrudescence de la concurrence de cet établissement est à anticiper. De plus, une maternité constitue un service de soins singulier dans un établissement de santé : les parents y vivent, en général, une expérience heureuse et recommandent l'établissement s'ils sont satisfaits de leur séjour. L'attractivité fait donc ici référence à la popularité d'un service de soins et à l'image positive qui lui est associée.

Une maternité attractive constitue une source de recrutement de patients mais aussi de professionnels de santé pour un établissement. Le concept de « magnet hospitals³ » désigne ces hôpitaux qui ont mis en œuvre des stratégies pour attirer les professionnels de santé : l'attractivité d'un établissement est associée à la qualité des conditions de travail. Le GHLRRA reste attractif, c'est pourquoi cette question sera abordée mais ne fera pas l'objet de plus amples développements.

Développer l'attractivité d'un service permet d'augmenter son activité et de faire face à la concurrence d'un autre établissement de santé. Comment procéder ? Cette interrogation en appelle d'autres, qui illustrent le caractère multifactoriel du concept d'attractivité : les services de soins sont-ils des services – publics – comme les autres ? Comment mener une stratégie de communication offensive à l'hôpital ? Comment améliorer la qualité de la prise en charge des mères ?

Au sein du GHLRRA, un plan de communication est proposé ; il s'appuie principalement sur l'organisation d'un concours pour donner un nom à la maternité. Ce projet vise à promouvoir la maternité et à fédérer les professionnels du service pour créer une dynamique positive et engager d'autres changements, plus conséquents. Ensuite, une attention particulière est consacrée à l'étude de la fluidité des parcours patients et à leur satisfaction (un patient insatisfait communique son désappointement à huit autres). Une réorganisation du bureau des entrées et du secrétariat est mise en œuvre pour améliorer l'accès au service. La

³ Développé dans les années 1990 aux Etats-Unis et traduit en français sous le nom « d'hôpitaux magnétiques », ce concept est issu d'études qui ont interrogé le lien entre qualité de vie au travail et excellence des établissements de santé : connu pour la qualité de la prise en charge et la qualité de vie au travail, un établissement « magnétique » attirerait à la fois patients et professionnels de santé. cf ERWANN P et al. « Magnet hospital et attractivité hospitalière. Quelle articulation ? » *Gestions hospitalières*, mars 2015, n°544, pp. 168-173.

complémentarité entre les différents professionnels, au chevet des parents et de leur(s) enfant(s), est également étudiée. Enfin, l'ouverture de l'hôpital vers la ville est recherchée.

Après avoir analysé les déterminants de l'attractivité de la maternité du GHLRRA et avoir démontré l'intérêt d'une telle démarche (I), nous étudierons les modalités de mise en œuvre d'un plan d'actions pour accroître l'attractivité de la maternité du GHLRRA au cours des prochains mois (II).

Plusieurs outils méthodologiques ont été utilisés pour élaborer ce diagnostic, proposer un plan d'actions et initier sa mise en œuvre.

Tout d'abord, ce travail répond à une commande de Monsieur Foucher, directeur adjoint en charge des activités de psychiatrie (Hôpital Marius-Lacroix) depuis 2010 et référent du pôle femme-enfant (PFE) du site Saint-Louis depuis septembre 2014 : « développer l'attractivité de la maternité ». L'élève directrice d'hôpital (EDH) est positionnée comme chef de projet.

Dès le début du stage, des réunions ont été organisées pour nouer un premier contact avec des professionnels d'horizon divers. Le chef de service, la cadre supérieur sage-femme du PFE, les coordinatrices sages-femmes de la maternité (la coordinatrice du service des consultations, la coordinatrice du service suites de couches et la coordinatrice de la salle d'accouchement), la cadre gestionnaire de pôle ont été invités à un méta-plan⁴ à la fin du mois de mars. Le méta-plan, animé par l'EDH, a permis à chacun de s'exprimer. A la suite de ces échanges, le plan d'actions élaboré par l'EDH a été soumis à la validation de Monsieur Foucher et diffusé aux professionnels présents lors de la réunion. Des actions à mener à court terme ont été mises en œuvre, pour simplifier le parcours des futures mères (via la réorganisation du traitement des dossiers administratifs par les agents du bureau des entrées, expérimentée en septembre) et valoriser l'image de la maternité (via l'organisation d'une consultation citoyenne pour donner un nom à ce service, du 29 mai au 31 août 2015 et l'organisation d'une journée pour fêter les quatre ans de la nouvelle maternité et révéler le résultat le 20 novembre 2015). L'EDH a proposé des points d'étape lors des réunions

⁴ Le méta-plan est un outil de management qui permet à chaque participant de s'exprimer, de réduire les jeux d'acteurs et de les identifier : les participants à la réunion répondent aux questions de l'animateur individuellement, sur un post-it par exemple, puis l'animateur les révèle et invite les participants à développer leurs réponses, leurs propositions.

trimestrielles des encadrants du pôle, les « quintettes de pôle »⁵, pour faire état de l'avancement des projets.

Quelques semaines plus tard, le chef de service et la cadre supérieur sage-femme ont animé une réunion de bilan avec les sages-femmes libérales. L'EDH n'a pas été invitée à participer à cette réunion de travail, qui était l'occasion pour les sages-femmes libérales de « tout mettre sur la table et [de] laver [son] linge » (selon la cadre supérieur). Néanmoins, la méthodologie du métoplan a été retenue. Cette réunion a permis de donner un nouveau départ au partenariat entre les sages-femmes libérales et la maternité publique. La coordinatrice sage-femme du service des suites de couches anime ce réseau et a prévu de nombreuses actions pour le dynamiser. Ce travail sera abordé dans la suite du mémoire. L'évolution de l'activité et les flux de patientes depuis cinq ans seront étudiés à partir des données fournies par Madame Bergeal, médecin du Département de l'Information Médicale (DIM). L'EDH a sollicité Mme Bergeal après avoir constaté que le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) était incomplet : les données ne sont disponibles que jusqu'en 2013 et ne sont pas agglomérées. L'exploitation de la base de données élaborée par Mme Bergeal a permis à l'EDH d'identifier la zone de recrutement et la zone d'attractivité de la maternité du GHLRRA et de mieux comprendre la nature de la concurrence entre la maternité de l'hôpital et les établissements environnants.

L'activité d'obstétrique est couverte par les « catégories majeures de diagnostic » (CMD) 14 et 15. La CMD 14 couvre les « grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et la CMD 15 les « nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ». Mme Bergeal a proposé d'étudier trois catégories d'activités principales : les « accouchements par voie basse et césariennes », l'activité d'« obstétrique » et les « interruptions volontaires de grossesse ». Cette dernière activité n'a pas été comptabilisée dans l'activité de la maternité, au regard de sa nature. Toutefois, 90 % de cette activité est réalisée par le GHLRRA : le service rendu à la population est ici non négligeable.

Ces recherches quantitatives, puis ce travail de coordination et de synthèse, étaient nécessaires pour étudier le positionnement de la maternité sur le territoire de santé et pour mener à bien le projet d'amélioration de l'accès des femmes à la maternité.

⁵ Le « quintette de pôle » désigne une réunion où sont présents le directeur du PFE, le chef de pôle, le chef de service de la maternité, la cadre supérieur sage-femme et la cadre administrative de pôle.

L'EDH a également fait appel à des outils qualitatifs pour affiner le diagnostic présenté fin mars et évaluer la faisabilité des actions proposées. Le parangonnage (via de nombreux entretiens téléphoniques avec des coordinatrices sages-femmes de plusieurs établissements⁶ et une visite de la maternité du Centre hospitalier de Niort, de niveau II-B, de la nouvelle aile de la maternité du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers), une demi-journée d'observation dans le service des suites de couches et les entretiens semi-directifs menés avec les médecins du PFE ont permis à l'EDH de mieux comprendre la nature des résistances et des réticences au changement des professionnels.

⁶ La liste des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire figure en annexe 8.

1 La maternité du GHLRRA, un service de soins singulier à promouvoir

Les maternités apparaissent comme des services extra ordinaires pour plusieurs raisons. La première singularité d'une maternité tient à sa principale activité : la naissance et l'accompagnement de femmes en pleine santé, dans la mesure où la grossesse, lorsqu'elle se déroule normalement, ne constitue pas une pathologie. La deuxième singularité relève de la pluralité de professionnels qui composent ces services : les professionnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs⁷ jouent un rôle complémentaire pour accompagner les futures mères. Enfin, une maternité constitue une forme de « produit d'appel »⁸ ou de « service pilote » d'un établissement de santé, au même titre qu'un laboratoire à usage externe : un patient satisfait recommandera le service et l'établissement à ses proches.

Depuis une dizaine d'année, de nombreux changements sont intervenus dans le paysage français des maternités : l'offre de soins en obstétrique s'est recomposée⁹ alors que le statut de profession médicale reconnu aux sages-femmes pourrait avoir une influence sur les organisations de ces services. Ces changements s'accompagnent d'une évolution dans la prise en charge des parturientes : la démedicalisation de la grossesse physiologique et de l'accouchement sans complication par voie basse est recherchée. Nous étudierons ces éléments (1.2) après avoir présenté la maternité du GHLRRA (1.1).

⁷ On pourrait citer les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres, les sages-femmes, les puéricultrices, les auxiliaires-puéricultrices mais aussi les secrétaires médicales, les brancardiers, les agents responsables du bio nettoyage et les agents administratifs.

⁸ HEYM R., « L'attractivité, un enjeu marketing », Gestions hospitalières, juin-juillet 2015, n°547, pp. 377-379

⁹ « Au total, en 40 ans, plus des deux tiers des maternités ont ainsi fermé. Sur les 544 maternités en activité en 2012, 358 se trouvaient dans des hôpitaux publics, 147 appartenaient à des établissements privés à but lucratif et 40 étaient situées au sein d'établissements privés à but non lucratif. Elles employaient ensemble en 2012 près de 18 000 professionnels médicaux et soignants en équivalents temps plein, affectés en secteur de naissance. » Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 15.

1.1 La maternité du GHLRRA : une photographie

1.1.1 Un service attractif pour les parturientes et pour les professionnels de santé

En 2014, l'activité de la maternité du GHLRRA a atteint un niveau sans précédent : l'établissement enregistre près de $\frac{3}{4}$ des séjours « accouchements par voie basse et césariennes » et près de $\frac{4}{5}$ ^{ème} des séjours « obstétriques » (au sein de la CMD 14)¹⁰ des patientes originaires du territoire nord de la Charente-Maritime.

Cinq territoires de santé composent la région Poitou-Charentes. Leurs frontières sont celles des départements, à l'exception de la Charente-Maritime, qui compte deux territoires de santé. L'ARS invoque l'unité culturelle de ces territoires et « la possibilité de disposer pour chacun [...] d'un niveau de recours d'ores et déjà organisé »¹¹. Le territoire nord de la Charente-Maritime, qui constitue le territoire de référence du Groupe hospitalier, regroupe les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) suivants : la communauté d'agglomération (CA) de La Rochelle, la CA du Pays Rochefortais, la communauté de communes (CC) du bassin de Marennes, la CC du canton de Courçon, la CC du Pays Marandais, la CC Plaine d'Aunis, la CC de Surgères, la CC de l'île de Ré¹².

Seul établissement de niveau II-B sur le territoire, la maternité du GHLRRA est le service de recours de deux autres maternités peu éloignées : la maternité du Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer (CHRM), de niveau II-A, située à 25 km au sud de La Rochelle et la maternité de la Clinique du Mail, de niveau I, localisée à La Rochelle. Une concurrence existe entre la maternité du GHLRRA et celle de la Clinique, tandis que l'activité du GHLRRA et celle du CHRM semblent complémentaires. En effet, la maternité du GHLRRA et celle du CHRM accueillent des parturientes en grande partie originaires de communes différentes, alors que le recrutement de la maternité du GHLRRA et celui de la Clinique se font sur un territoire similaire : La Rochelle et ses environs.

Plus de huit femmes sur dix originaires de Rochefort ou de ses environs ont accouché à la maternité du CHRM (entre 85 et 88 %, tandis 5 % d'entre elles choisissaient la maternité du GHLRRA ou celle de la Clinique). L'attractivité de cette maternité est concentrée sur le canton de Rochefort. Les parturientes originaires du canton regroupant l'île d'Oléron et ses

¹⁰ Données issues de bases PMSI élaborées par Madame Bergeal, médecin DIM au GHLRRA

¹¹ <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Genese-et-indicateurs-de-suivi.140504.0.html> (consulté le 12 septembre 2015)

¹² La composition du territoire nord de la Charente-Maritime est définie par l'arrêté n°001084, du 26 octobre 2010, portant définition des territoires de santé en Poitou-Charentes.

environs s'y adressent également (près de deux tiers de ces parturientes y ont accouché entre 2010 et 2013). A noter : les parturientes originaires du canton d'Aigrefeuille d'Aunis, à l'est de La Rochelle, s'orientent vers les trois établissements.

Dans le département, l'offre de soins en gynécologie-obstétrique répond aux besoins de la population : pour les accouchements par voie basse, les césariennes et les séjours d'obstétriques hors interruption volontaire de grossesse (IVG), le taux de fuite hors du territoire nord de la Charente-Maritime est inférieur à 10 %¹³. Autrement dit, l'offre de soins de ces trois établissements satisfait les besoins de santé de plus 9 patientes sur 10. Dans le sud du département, quelques patientes (30 à 60 chaque année) choisissaient d'accoucher à la Clinique Pasteur, localisée à Royan. Cet établissement a toutefois renoncé à l'activité de gynécologie-obstétrique au 31 décembre 2014, « en raison des difficultés de recrutement d'un gynécologue obstétricien. Afin d'assurer un suivi de proximité sur le bassin de vie, l'ARS a décidé l'ouverture en janvier 2015 d'un centre périnatal de proximité (CPP) dans les locaux du centre hospitalier de Royan ». ¹⁴ Au cours du premier semestre 2015, plus de deux tiers des femmes originaires de Royan auraient accouché à Saintes, moins d'un tiers à Rochefort¹⁵.

Enfin, aucune restructuration n'est annoncée à moyen terme dans la région. Si l'avenir de la maternité publique de Saint-Jean-d'Angély est incertain au regard du nombre insuffisant d'accouchements qui y est enregistré (un peu plus de 300 en 2012), l'enjeu politique est tel que la fermeture de ce service n'est pas envisagée¹⁶.

¹³Données extraites de la base élaborée par le DIM du GHLRRA, confirmées par celles diffusées par la Cour des Comptes : « Selon les données de l'ARS, 37 % des femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui habitent en Poitou-Charentes se trouvent à moins de 15 minutes d'une maternité, 77 % à moins de 30 minutes et 93 % à moins de 40 minutes. Ce calcul repose sur l'existence de 30 maternités publiques ou privées, dont 15 situées hors de la région Poitou-Charentes (Dordogne, Gironde, Indre, Indre et Loire, Maine et Loire, Vendée et Haute-Vienne).

Les taux de fuite par territoire de santé sont assez faibles dans la Vienne (7,4 %) et en Charente-Maritime Nord (8,2 %), un peu plus élevés en Charente (11,9 %), dans les Deux-Sèvres (19,1 %) et surtout sur le territoire de santé de Charente-Maritime Sud et Est (21,4 %). Les taux de fuite extrarégionaux varient, quant à eux, entre 2 % (Charente-Maritime Nord) et 11,9 % (Deux-Sèvres) et s'effectuent, pour l'essentiel, vers des établissements de régions limitrophes. » Cour des comptes, « Les maternités, cahier 2 : analyse régionales », décembre 2014 p. 65

¹⁴Ibid, p. 66

¹⁵ « En effet, la fermeture de la maternité de Royan a eu un impact, mais pas autant que l'on pensait. Il faut dire que Royan se situe à 30 minutes de Saintes, 45 minutes de Rochefort. Nous nous attendions toutefois à accueillir 1/3 des naissances, soit 200 naissances de plus, ce qui ne sera pas le cas » explique Monsieur Dieumegard au cours de l'entretien (un extrait d'entretien est proposé en annexe 10).

¹⁶« [...] les indicateurs relatifs à la maternité du centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély font état d'une baisse du nombre d'accouchements (338 en 2012 contre 482 en 2008) ainsi que d'un taux de

La zone de recrutement¹⁷ à 80 % du GHLRRA est composée de trois cercles concentriques. Le premier correspond à la commune de La Rochelle, qui constitue une zone de recrutement spécifique pour le GHLRRA : depuis 2010, près d'un tiers de l'activité de gynécologie-obstétrique est issu de patientes domiciliées dans cette commune (ce qui représente entre 450 et 530 séjours chaque année). Le second est composé par la périphérie de La Rochelle : la zone de recrutement à 50 % comprend une dizaine de communes en proche périphérie. Enfin, la zone de recrutement à 80 % est plus étendue. Cette-dernière compte une trentaine de communes.

La maternité du GHLRRA est également attractive pour les professionnels de santé. Les huit gynécologues-obstétriciens qui interviennent au sein du pôle femme-enfant se disent « suffisamment nombreux pour que la garde sur place ne reviennent pas trop souvent. Si l'on était trois ou quatre, ce serait plus compliqué, mais ce n'est pas le cas, alors il ne faut pas s'en plaindre »¹⁸. Les professionnels apprécient évoluer au sein d'un établissement de niveau II-B : la pratique quotidienne est diversifiée, le niveau de technicité élevé. L'attractivité de l'établissement n'est donc pas seulement due à sa localisation géographique.

« L'attractivité médicale est un phénomène complexe, composé à 50 % au moins par la géographie, la localisation de l'établissement. La taille de l'établissement rentre en compte et surtout pour les jeunes aujourd'hui, avec la taille du service, des équipes. Un service avec 3-4 médecins peut être problématique. Ici dans le service de gynécologie ou de pédiatrie, ce n'est pas le cas. Ce sont des services plus volumineux avec 7-8 médecins. C'est un environnement sécurisant pour les jeunes médecins, avec de nombreux seniors. La garde sur place revient moins souvent. On n'a pas recours à l'intérim. Dans ces services les postes sont vacants à tour de rôle et on trouve des remplaçants. Enfin, l'équipement joue un rôle. Il faut vraiment insister sur le caractère multifactoriel des choses pour comprendre ce qui constitue l'attractivité d'un établissement de santé. Par exemple, le nouveau médecin voulait quitter Paris, exercer dans un endroit sympa ».

Laurent Faugère, Directeur des affaires médicales, GHLRRA.

Entre 2010 et 2013, l'attractivité de la maternité du GHLRRA et celle du CHRM, pour l'activité d'accouchement par voie basse sans complication, se sont accrues au détriment de

césarienne élevé. Ces éléments pourraient justifier d'étudier l'éventuelle transformation en CPP de cet établissement, situé à une trentaine de kilomètres de Saintes (site d'une maternité de type II B). » Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 90.

¹⁷ La zone de recrutement désigne le territoire sur lequel l'établissement réalise X % de son activité.

¹⁸ Verbatim extrait d'un entretien avec un gynécologue-obstétricien.

celle de la Clinique : près de la moitié des parturientes du département s'adressaient au GHLRRA en 2010 (45 %), 16 % au CHRM et plus d'un tiers à la Clinique (35 %). En 2013, le GHLRRA accueillait plus d'une mère sur deux (51 %), le CHRM une sur quatre (26 %) et la Clinique une sur cinq (22 %) ¹⁹. Ces évolutions relèvent d'ajustements de parcours de la part des femmes, influencées par l'ouverture de nouveaux locaux au GHLRRA et au CHRM et par la potentielle fermeture de la maternité de la Clinique du Mail. Ces éléments seront davantage développés ci-après.

1.1.2 Une activité croissante depuis le déménagement

2010, une année record pour la natalité française : plus de 832 000 bébés sont nés alors que le nombre de naissances n'a dépassé 800 000 qu'en 2006 et 2008 depuis 1981. L'année 2011 marque un léger repli (-0,7%). Cette tendance s'est confirmée en 2012, tandis que les années 2013 et 2014 enregistrent une nouvelle hausse de la natalité (818 565 naissances en 2014). Une diminution du nombre de naissances est observée depuis janvier 2015.

En 2013, la natalité en Poitou-Charentes est inférieure à la moyenne nationale (le taux brut de natalité s'élevait à 10 pour 1000 tandis que le taux moyen pour la France métropolitaine était de 12,2 pour 1000). Le taux brut de natalité en Charente-Maritime est inférieur à la moyenne régionale (9,1 pour 1000 habitants) ²⁰. Ces tendances s'observent au niveau infra-départemental : le territoire nord de la Charente-Maritime enregistre une diminution de 9 % de l'activité en gynécologie-obstétrique en 2013 par rapport à 2010 ²¹. Sur cette même période, la Clinique du Mail enregistre une baisse d'un tiers de son activité en gynécologie-obstétrique, alors que l'activité de la maternité du GHLRRA est stable (le nombre d'accouchements en 2013 est similaire à celui de 2010, le nombre de césariennes diminue de 10 % mais le nombre de séjours en obstétrique augmente de 14 %).

L'activité de gynécologie-obstétrique a connu une augmentation au GHLRRA entre 2011 et 2014. Deux observations, déjà évoquée ci-dessus, laissent penser que cette hausse d'activité est due au déménagement du service dans des locaux neufs, fin novembre 2011. D'une part, le nombre d'accouchements, de césariennes et de séjours d'obstétrique diminuent respectivement de 7 %, 7% et 14 % dans le territoire nord de la Charente-

¹⁹ On observe des évolutions similaires en ce qui concerne l'activité d'obstétrique : en 2010, 48 % des patientes sont allées au GHLRRA, 22% au CHRM et 24 % à la Clinique tandis qu'en 2013, le GHLRRA a accueilli 59 % d'entre elles, le CHRM 20 % et la Clinique 16 % (source : bases PMSI pilotes élaborées par Madame Bergeal, médecin DIM au GHLRRA)

²⁰ Données INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0501R (consulté le 24 août 2015).

²¹ Source : données DIM, GHLRRA

Maritime entre 2010 et 2013. D'autre part, l'activité de la Clinique du Mail décroît fortement : le nombre d'accouchements chute de plus d'un tiers (-37 % entre 2010 et 2013), le nombre de césariennes et le nombre de séjours d'obstétrique d'un cinquième (-22 % et -23 %). Cette diminution progressive de l'activité de la Clinique en gynécologie-obstétrique (-17 % d'activité en 2012 par rapport à 2011, -13% en 2013 par rapport à 2012) contraste avec la hausse d'activité enregistrée par la maternité du GHLRRA (+ 1 % d'activité en 2012 par rapport à 2011, +5 % en 2013 par rapport à 2012 et + 3 % d'activité en 2014 par rapport à 2013, + 10 % en 2014 par rapport à 2012).

Si ce déménagement était rationnellement nécessaire, il reste symboliquement douloureux. En effet, le rapprochement du bloc obstétrical a amélioré la qualité et la sécurité de la prise en charge des parturientes ainsi que les conditions de travail des professionnels, tandis que les locaux neufs ont constitué un facteur d'attractivité²². Toutefois, certains professionnels se montrent nostalgiques à l'égard des anciens locaux, les nouveaux locaux constitueraient presque une forme d'appât pour une patientèle parfois trop exigeante.

« ah oui le déménagement ça nous a aidé, au quotidien. Vous imaginez, être réveillé en plein milieu de la nuit, pour un bébé qui ne va pas bien. Courir, passer par l'escalier de derrière, en plein hiver tomber dans les escaliers car dans la nuit ils ont gelé, courir [...]. On finissait par arriver. C'est bien ça, on finissait par arriver ! »

Un pédiatre du GHLRRA.

« Avec les nouveaux locaux, c'est beau, c'est neuf. Et les gens viennent pour ça. Ils ne voient presque que ça... Avant, les gens venaient pour une équipe. C'était vétuste, mais les gens le savaient et faisaient un choix. Aujourd'hui, on a des gens de plus en plus exigeants qui sont venus pour les locaux et le reste, ils ne le voient même pas. »

Un gynécologue-obstétricien du GHLRRA.

« Il faut dire aussi, en 2013, 2014, il y avait des rumeurs : la maternité de la Clinique allait fermer. Alors les patientes ne voulaient pas commencer à être suivies quelque part et ne pas pouvoir y accoucher. C'est pour ça qu'on a eu tant de monde. Mais c'était trop. Et des

²² « [...] l'attrait croissant des parturientes pour les établissements médicalement les mieux équipés et l'amélioration des conditions d'hébergement dans certaines maternités publiques (exemples de La Rochelle en 2011 et de Cognac en 2013) » a contribué à la baisse d'activité du secteur privé à but lucratif dans la région. Cour des comptes, « Les maternités, cahier 2 : analyse régionales », décembre 2014, p. 63

patientes très exigeantes, qui auraient préféré accoucher en clinique, elles nous le disaient ».

Un agent du service des suites de couches du GHLRRA.

Monsieur Yildiray Kucukoglu, Directeur des cliniques rochelaises détenues par le groupe Capio, reconnaît que « l'ouverture de la nouvelle maternité à Rochefort et à la Rochelle, les deux en 2011, ça [nous] a mis un coup. Les locaux neufs, ça donne toujours envie ! »²³. La maternité de la Clinique a perdu des parts de marché au profit de la maternité du GHLRRA et de celle du CHRM. Sur la commune de La Rochelle, deux tiers des parturientes ont accouché au GHLRRA en 2010, un tiers à la Clinique. En 2013, plus de trois quarts des parturientes rochelaises ont choisi la maternité du GHLRRA (77%), un cinquième celle de la Clinique (20 %). On observe une évolution similaire pour les femmes originaires de l'île de Ré, historiquement davantage orientée vers la Clinique (l'attractivité de la Clinique, bien que décroissante entre 2010 et 2013, est la plus élevée sur ce canton) : en 2010, 44 % d'entre elles ont accouché au GHLRRA, tandis que 56 % préféraient la Clinique. En 2013, la situation est inversée au profit du GHLRRA : plus de deux tiers des parturientes originaires de l'île de Ré accouchaient au GHLRRA (69 %), moins d'un tiers à la Clinique (30 %).

1.1.3 Un volume d'activité à conserver

La maternité du GHLRRA est directement concurrencée par la maternité de la Clinique du Mail, qui compte dix-sept lits d'obstétrique. En 2004, la direction de la clinique du Mail propose une reprise de son activité au Centre hospitalier. Bien que les deux établissements ne parviennent à aucun accord, l'hôpital envisage la fermeture de la clinique et prévoit un potentiel report d'activité de 80 %. Le bâtiment construit en 2010-2011 inclut une « réserve foncière de 12 lits. [...] Les locaux disponibles sont aujourd'hui clos et couverts mais leur mise en service nécessiterait un délai d'environ cinq mois pour un coût estimé à 400 K€ »²⁴. En 2011, un dialogue est engagé par Monsieur Yildiray Kucukoglu, le nouveau directeur de la Clinique du Mail, rachetée par le groupe Capio deux ans auparavant.

« Quand les deux établissements [la Clinique de l'Atlantique et la Clinique du Mail] se sont rapprochés et que l'activité était en chute libre (en 2011), j'ai téléphoné à Alain Michel et je lui ai dit : « j'te vends ma mat' ». Quand je dis : « j'te vends ma mat' », c'est que je lui proposais tout. Le personnel, le matériel... On s'est vus à plusieurs reprises, on a discuté.

²³ Extrait de l'entretien semi-directif, le 23 juillet 2015.

²⁴ Cour des comptes, « Les maternités, cahier 2 : analyse régionales », décembre 2014, p. 66

Mais il ne voulait pas des médecins, des anesthésistes. Il y a eu des engagements oraux, mais rien d'écrit. J'ai pris acte ».

Monsieur Yildiray Kucukoglu, Directeur Général des cliniques rochelaises, Groupe Capio.

« Il y a quatre ans la maternité privée, Capio, nous a contactés et nous a présenté les choses ainsi : « on est prêt à céder l'activité de la maternité. Avec les médecins et le personnel ». [...] On a fait les calculs, on ne s'y retrouvait pas. Et les médecins de l'hôpital étaient contre. Mais si leur maternité était déficitaire c'était pas pour qu'on la reprenne en bloc ! Notre condition principale : ok pour la reprise mais pas de l'ensemble du personnel. Cela équivalait pour eux à un plan social. Or, Capio est une grosse entreprise internationale dont les bénéfices sont volumineux : cela leur faisait sortir des sommes très importantes [...]. Cette histoire c'est un serpent de mer. La maternité privée a failli fermer il y a 20 ans déjà ; c'est pourquoi dans le projet du PFE nous avons intégré cette potentialité : dans les plans il y a bien une unité de 12 lits, que nous pouvons ouvrir à tout moment si la maternité fermait. »

Monsieur Michel, Directeur du GHLRRA

En juillet 2013, tandis que l'activité de la Clinique décroît et celle de la maternité augmente, le Centre hospitalier évalue les conséquences d'une potentielle fermeture de la maternité privée. Après étude de la répartition des naissances par canton ayant eu lieu à la Clinique, il est estimé que 4/5^{ème} des futures mères seraient venues au Groupe hospitalier en l'absence de la Clinique, soit une augmentation de 480 accouchements (si la Clinique renonce à l'activité de gynécologie-obstétrique alors que 600 accouchements y ont lieu). L'activité de la maternité du Groupe hospitalier varie, en fonction de la natalité, entre 1600 accouchements et 1800 accouchements chaque année. Le nombre de naissances prévisibles se situerait entre 2080 et 2280. Cette hausse d'activité serait accompagnée d'une hausse des recettes, mais aussi d'une hausse des dépenses, au premier rang desquelles le financement d'une deuxième ligne de garde d'anesthésistes dans le cas où la maternité enregistrerait plus de 2000 naissances chaque année (soit environ 200 000 € au titre 1). Cette opération serait équilibrée à partir de 2200 accouchements. Cette situation est soumise à une hypothèse dont la réalisation est très aléatoire : le niveau de la natalité. Ainsi, le niveau d'activité de la maternité du Groupe hospitalier en 2014 apparaît comme un optimum de second rang : l'activité soutenue de la maternité (entre 1700 et 1800 accouchements) lui permet de dégager un solde positif²⁵, sans engendrer de coûts supplémentaires qui ne seraient pas financés par les recettes associées. Le maintien de la maternité privée présente d'autres

²⁵ Cf annexe 4 : Informations financières relatives au pôle femme-enfant du GHLRRA en 2013 et en 2014

avantages : le choix offert aux parturientes et une certaine forme d'émulation pour le Groupe hospitalier, engendrée par la présence d'un service concurrent.

« Dans une ville comme La Rochelle, on ne peut que se réjouir du maintien de la diversité de l'offre de soins en gynécologie-obstétrique. Cela signifie que s'il y a un problème dans un établissement, l'autre peut prendre le relai. Et c'est bien aussi que les futures mères aient le choix ».

Madame Edwige Delheure, déléguée territoriale du territoire nord de la Charente-Maritime de
l'ARS Poitou-Charentes

La difficulté pour l'établissement public réside dans la stratégie à adopter pour consolider son positionnement sur le territoire et maintenir ce niveau d'activité. L'activité de la maternité du GHLRRA décroît depuis le début de l'année 2015 (- 159 accouchements entre les mois de janvier et août 2015 par rapport 2014, soit une diminution de 13 % du nombre d'accouchements sur cette période) tandis que le niveau d'activité de la clinique se stabilise (à un accouchement près, le nombre d'accouchements enregistrés est le même). Les professionnels de santé du Groupe hospitalier attribuent cette évolution à une baisse de la natalité²⁶, dont l'impact se répercuterait sur le niveau d'activité de la maternité publique. Ces occurrences annoncent-elles la concurrence renouvelée de la clinique ? Après avoir recruté des médecins « au contact facile avec les patientes » selon Monsieur Kucukoglu, la maternité de cet établissement accueillera en 2017 les parturientes dans des locaux neufs. En décidant de relancer l'activité de gynécologie-obstétrique au sein de son établissement, Monsieur Kucukoglu adopte une position iconoclaste : en France et en Poitou-Charentes, depuis une dizaine d'années, le secteur privé à but lucratif renonce à cette activité²⁷, « considérée comme peu rentable »²⁸ par les établissements et trop risquée par les praticiens.

²⁶ Monsieur Ngo, médecin DIM du CHRM, Madame Delheure et Monsieur Villemonteix, président du Réseau Périnatal Poitou-Charentes, confirment la baisse de la natalité en 2015 par rapport à 2014 (cf annexe 8 : La liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire).

²⁷ « La place du secteur privé lucratif dans l'offre obstétricale a reculé [...], le secteur privé représentant 58 % des fermetures sur la période 2002-2012. Les cliniques privées représentaient en 2012 27 % du total des maternités, contre 33,6 % en 2002, les établissements publics de santé voyant corrélativement augmenter leur part pour représenter près des deux tiers des maternités, et la part des établissements de santé d'intérêt collectif (privés sans but lucratif) restant stable. » Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 26.

²⁸ « le nombre total d'accouchements réalisés dans les maternités de Poitou-Charentes (17 582 en 2012) a peu évolué au cours de la période 2005-2012. [...] on note des variations importantes d'activité selon les établissements. [...] les cliniques [...] enregistrent les plus fortes baisses. En 2005, elles réalisaient 34 % des accouchements alors que leur part est tombée à 27 % en 2012.

« En fait, quand je regarde en arrière, je me dis que l'on a vraiment tout fait pour sauver cette mater : notre premier choix était de l'abandonner, finalement on la conserve, c'est notre deuxième choix et il me plaît aussi. Car La Rochelle est une ville de qualité, une ville de grande taille, et je trouve ça vraiment important de pouvoir donner le choix aux gens. Vous savez, il y aura toujours des gens qui iront dans le public pour le public et dans le privé pour le privé. Mais une naissance, c'est un moment de la vie particulier, les gens doivent avoir le choix entre l'Hôpital et la Clinique, plus confort ».

Monsieur Yildiray Kucukoglu, Directeur Général des cliniques rochelaises, Groupe Capio.

« La Clinique nous a présenté son projet en septembre [2015]. Ils veulent obtenir le label « initiative hôpital ami des bébés ». Avec les 1000 emplois attendus sur le bassin de Lagord d'ici 2017, soit des familles, des jeunes couples, la reconstruction de cette maternité ne peut qu'être encouragée ».

Madame Edwige Delheure, déléguée territoriale du territoire nord de la Charente-Maritime de
l'ARS Poitou-Charentes

« La question de l'attractivité de la maternité ne se pose pas dans les mêmes termes à Rochefort et à La Rochelle. A La Rochelle, si la clinique sécurise son recrutement, elle va repartir car la population est jeune et aisée, ce qui n'est ni le cas à Royan, où la population est vieillissante, ni à Rochefort, où la population est plus modeste »²⁹.

Monsieur Dieumegard, Directeur du CHRM

Cette situation peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs phénomènes : le désengagement progressif du secteur lucratif d'une activité souvent considérée comme peu rentable et qui rencontre des difficultés de recrutement, la réticence de certains anesthésistes vis-à-vis de l'obstétrique qui n'est pas une activité programmée, [...] », Cour des comptes, « Les maternités, cahier 2 : analyse régionales », décembre 2014, p. 63

²⁹ Un extrait de l'entretien semi-directif de Monsieur Dieumegard, Directeur du CHRM, est proposé en annexe 10.

1.2 Les maternités des établissements publics de santé : des services en recomposition

Depuis quarante ans, la technicisation de l'accouchement a permis d'améliorer la sécurité des accouchements. Néanmoins, ce mouvement aurait entraîné des pratiques iatrogènes, tel l'excès de surveillance, ainsi qu'une surconsommation de soins³⁰. Au début des années 2000, on constate qu'« il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins (et mieux) dans les situations à faible risque »³¹, ces-dernières caractérisant les accouchements par voie basse sans complication, soit plus des deux-tiers des accouchements en France³². De surcroît, les parturientes sont à la recherche d'un environnement plus harmonieux. Comment conjuguer proximité, écoute, accompagnement vers la parentalité et sécurité des soins ?

1.2.1 Vers une médicalisation raisonnée de la maternité ³³

La technicisation de l'accouchement a été perçue comme une « surmédicalisation »³⁴ de la naissance et a entraîné une réaction de rejet de certaines parturientes, qui ont préféré accoucher à domicile. Cette pratique comprend un risque non négligeable pour la parturiente mais aussi pour l'enfant, dans la mesure où « l'accouchement dit normal est une notion a posteriori ; jusqu'à l'événement c'est une prévision. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé »³⁵. Dès lors, les assurances proposées aux sages-femmes libérales qui offrent ce service ont un coût très élevé (19 000 à 25 000 euros par an)³⁶. Chaque année, 2000 à 3000 accouchements (parmi les 800 000 recensés) auraient lieu à

³⁰ Le taux « raisonnable » de recours aux césariennes est de 15 % selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il était stabilisé à 20% en France en 2000. La Haute Autorité de Santé a engagé un travail pour maîtriser la technicité des soins et a publié des recommandations de bonne pratique en 2012. En 2013, le taux de recours aux césariennes en France était de 17%.

³¹ Rapport de la mission « périnatalité » conduite par les professeurs Bréart, Puech et Rozé du 13 septembre 2003 : Vingt propositions pour une politique périnatale, dans le rapport de la Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 187.

³² Ibid, p. 180

³³ Myriam Szejer, « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance », *Informations sociales*, 2006/4 (n°132), pp. 54-63

³⁴ Plan périnatalité 2005-2007, cité par le rapport de la Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 187

³⁵ Brochure sur la périnatalité, 1972, in Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 184.

³⁶ DAMGE M., *Le Monde* : « Des sages-femmes et des parents jugent l'accouchement à domicile menacé », article du 29.10.2013, disponible sur LeMonde.fr (consulté le 25 avril 2015).

domicile et « en 2009, selon une enquête réalisée par le conseil national de l'ordre des sages-femmes, seules 72 sages-femmes déclarent pratiquer des accouchements à domicile (1 052 en 2008). »³⁷ En 2011, la Cour des comptes appelait les pouvoirs publics à « faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements programmés sans couverture assurantielle »³⁸, tandis que la Cour européenne des droits de l'homme jugeait récemment que « l'interdiction faite aux sages-femmes d'effectuer des accouchements à domicile en République tchèque [n'emportait] pas la violation du droit des mères », reconnaissant ainsi « une ample marge d'appréciation [aux Etats] pour régler cette question »³⁹.

La recherche d'un accompagnement plus harmonieux des futures mères se traduit par des actions concrètes, proposées par la mission périnatalité de 2003⁴⁰ et s'incarne dans la nouvelle politique périnatale, « reposant sur une prise en charge différenciée du haut risque et du bas risque. [...] l'organisation des soins [dépassant] les soins médicaux pour s'ouvrir au psychosocial ». Le plan périnatalité 2005-2007 prévoyait le développement de l'entretien prénatal précoce : au 4^{ème} mois de grossesse, un professionnel de santé reçoit les parents et aborde avec eux les différents aspects de la grossesse et de la parentalité. Ce temps d'échange est généralement animé par une sage-femme (comme au Groupe hospitalier). De plus, il était recommandé d'« évaluer la mise en place de maisons de naissance, attenantes à des plateaux techniques, sous la responsabilité pleine et entière de sages-femmes »⁴¹.

Si aucun projet de maison de naissance n'est identifié en Poitou-Charentes, « les professionnels de santé indiquent un attrait certain pour les formes d'accouchements « plus naturelles » et les salles physiologiques »⁴². Le Centre hospitalier de Niort, dont la maternité a intégré des locaux neufs en 2011 et compte une salle de naissance physiologique, développe le projet d'ouvrir le plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales. Concrètement, la sage-femme libérale accompagne la future mère au cours de la grossesse

³⁷ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 182

³⁸ Idid, p. 198.

³⁹ Cour européenne des droits de l'homme, Communiqué de presse du Greffier de la Cour au sujet de l'arrêt de chambre rendu le 11.12.2014 à l'égard des requêtes n°28859/11 et 28473/12) (fichier PDF) : hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-4961...

⁴⁰ Rapport de la mission « périnatalité » conduite par les professeurs Bréart, Puech et Rozé du 13 septembre 2003 : Vingt propositions pour une politique périnatale, cité dans le rapport de la Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 187.

⁴¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 187

⁴² Cour des comptes, « Les maternités, cahier 2 : analyse régionales », décembre 2014, p. 63

et lors de l'accouchement. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande cet « accompagnement global », lorsque la grossesse ne présente aucune pathologie⁴³.

Enfin, quelques hôpitaux ont choisi d'adhérer à l' « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB), créé par l'Organisation mondiale de la santé, l'Unicef et l'Association internationale de pédiatrie⁴⁴. Ces établissements restent rares (fin 2012, dix-huit services étaient labellisés, réalisant ainsi près de 3 % des accouchements). La France tarde à reconnaître ce label, qui suscite de nombreuses réticences : « nous sommes aussi amies des mamans » suggère spontanément une coordinatrice. « Ce label est connu pour être très pro-allaitement, il faut faire attention à ne pas éloigner les mamans qui ne voudraient pas allaiter » explique un gynécologue-obstétricien, avant d'ajouter : « cela serait totalement contreproductif en terme d'attractivité ».

1.2.2 Les impacts de la revalorisation du statut de sage-femme hospitalière sur l'organisation des services de soins.

A compter du 31 décembre 2015, les sages-femmes coteront les actes techniques médicaux qu'elles pratiquent à compétence partagée avec les médecins en classification commune des actes médicaux (et non en nomenclature générale des actes professionnels)⁴⁵. Ce changement participe de la reconnaissance du statut médical des sages-femmes.

Cette reconnaissance intervient quelques années après le renforcement des compétences des sages-femmes⁴⁶. Qualifiée de « généralistes de la grossesse physiologique », les sages-femmes partagent de nombreuses compétences avec les médecins : le suivi de la grossesse physiologique (déclaration de grossesse, actes d'échographie, accouchement par voie basse

⁴³ « La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'ailleurs que « le suivi des femmes soit assuré, autant que possible, par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne ». Ce suivi individuel, non « fractionné », s'intègre plus généralement au sein de la notion d'accompagnement personnalisé appelé « accompagnement global ». NOHUZ E., TARRAGA E., ALBAUT M., DE SIMONE L., GERBAUD, L., « Accouchement sur un plateau : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 43, n°5, p. 338.

⁴⁴ Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 30

⁴⁵ « Une décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) du 17 juin, parue au Journal officiel du 21 août, confirme l'obligation de coter des actes pratiqués par les sages-femmes en classification commune des actes médicaux (CCAM) et non en nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). "Les actes des sages-femmes sont enfin reconnus à leur juste valeur par la Sécu", se réjouit alors l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF) dans un communiqué. » - Hospimedia, « La classification commune des actes médicaux s'ouvre aux sages-femmes au 1er janvier 2016 », Pia Hémerly, le 25.08.2015, (articles/20150825-offre-de-soins-la-classification-commune-des-actes, consulté le 25 août 2015).

⁴⁶ Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 54

sans complication, examen postnatal)⁴⁷ mais aussi le suivi gynécologique et contraceptif⁴⁸. Chaque jour, près de quatre accouchements non opératoires sur cinq sont assurés par une sage-femme⁴⁹. En 2011, la Cour des comptes appelait à une clarification des rôles entre sages-femmes et gynécologues obstétriciens⁵⁰ pour une meilleure efficacité du système de soins. Si les maternités proposent aujourd'hui des « consultations sages-femmes », au même titre que les consultations pratiquées par les médecins pour le suivi de grossesse, le modèle décrit ci-dessus relève davantage de l'idéal type que de la réalité, certains médecins redoutant la concurrence matérielle et symbolique des sages-femmes.

« Il existe un conflit historique larvé entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes⁵¹, qui datent depuis plusieurs siècles et qui est toujours présent, dans l'inconscient de certaines sages-femmes et de certains gynécologues-obstétriciens. [...] On est dans des enjeux de pouvoir en terme de prise en charge de la patiente ».

Madame Marianne Henry-Blanc, sage-femme consultante pour la SHAM.

Le nouveau statut des sages-femmes emporte des conséquences sur le management des services de soins. Exit la fonction de cadre, bienvenue à la coordinatrice⁵². Cette-dernière reste chargée de l'élaboration des emplois du temps et du management de proximité, mais se voit dépourvue de toute forme d'autorité hiérarchique.

« Le nouveau statut, c'est compliqué à gérer parfois, au quotidien. Par exemple, quand on rappelle pour un remplacement, certaines nous disent, pas toutes bien sûr, « tu peux y aller ». Et c'est vrai ! Selon le texte c'est vrai. [...] Là c'est le moment des évaluations. Certaines contestent, demandent davantage d'explications. En fait, elles ont gagné une reconnaissance. Très bien. Mais elles ont pris du statut des médecins des éléments qui engendrent une certaine désorganisation parfois. »

Une coordinatrice sage-femme du GHLRRA.

⁴⁷ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁴⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴⁹ Selon l'enquête périnatale 2010, citée par la Cour des comptes dans le rapport, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 54.

⁵⁰ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », p. 180.

⁵¹ SCHLUMBOHM J., « Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, n° 143, p. 27 et p. 30.

⁵² INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2015/237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé

1.2.3 Proposer un accompagnement global et travailler en partenariat direct avec les professionnels libéraux.

L'accès aux plateaux techniques obstétricaux permet de répondre à la demande des futures mères d'être suivies par un seul professionnel de santé au cours de leur grossesse et après l'accouchement. La grossesse de ces femmes ne doit présenter aucun risque. Quant aux sorties de maternité dites « précoces », elles permettent aux mères qui le souhaitent de regagner plus rapidement leur domicile.

A) L'ouverture du plateau technique des maternités aux sages-femmes libérales

L'ouverture du plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales bénéficie d'un cadre juridique récemment rénové. Vingt ans après la loi sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, qui reconnaît l'accès au plateau technique obstétrical des sages-femmes libérales, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret d'application n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé constituent un cadre juridique encourageant la participation des professionnels de santé libéraux au service public hospitalier. Il suffit à l'établissement de conclure avec le professionnel de santé libéral un contrat d'exercice, dans lequel le médecin de ville s'engage à respecter les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le projet d'établissement et le règlement intérieur. Ce contrat est ensuite transmis au Directeur Général de l'ARS, ainsi informé de l'initiative de l'établissement de santé. Un mois lui est accordé pour manifester un potentiel désaccord. Le professionnel libéral souscrit une assurance en responsabilité civile, qu'il joint au contrat initial.

Cette simplicité juridique ne semble pas avoir encouragé le développement de cette pratique. Quelques maternités de niveau I-A l'ont mise en œuvre, plus rares sont les maternités de niveau II et III. Si ce dispositif est souvent recommandé pour le confort qu'il apporte à la parturiente, il permet également de sécuriser la prise en charge des parturientes qui auraient choisi d'accoucher à domicile. Le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) a accueilli les sages-femmes libérales du département après plusieurs accidents⁵³. De plus, cette modalité d'organisation permet d'accroître l'attractivité de l'établissement, comme le souligne la Cour des comptes : « dans le cas de la maternité de l'hôpital de Givors (Rhône), [...] la hausse très importante du nombre d'accouchements (passé de 577 naissances en 2007 à 850 en 2012) serait imputable au choix de

⁵³<http://www.ariegenews.com/news-6167.html> (consulté le 3 mai 2015)

l'établissement de mettre l'accent sur l'accouchement physiologique qui lui a permis d'élargir son recrutement au-delà du bassin de Givors. En 2012, 86 accouchements, soit 10 % du total, y ont été réalisés par sept sages-femmes libérales. La maternité de Thiers en Auvergne a également ouvert son plateau technique aux sages-femmes libérales depuis 2012. Elles y réalisent une trentaine d'accouchements par an »⁵⁴. Les maternités observent une hausse de 5 à 10 % de leur nombre d'accouchements et un élargissement de leur zone de recrutement. « Nous avons des patientes qui font 150 km pour venir accoucher ici, car elles savent qu'elles peuvent accoucher ainsi » explique la coordinatrice du Centre hospitalier (CH) de Givors.

Les coordinatrices sages-femmes dont les maternités ont promu cette possibilité d'accompagnement sur leur site internet témoignent une grande satisfaction à l'égard de cette modalité d'accompagnement des femmes, développée à la suite d'une demande d'une sage-femme libérale, ou à l'initiative des équipes. C'est le cas à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen : dans cette maternité de niveau III, les sages-femmes libérales sont accueillies depuis trois ans.

« Aujourd'hui ça fonctionne très bien. Il faut quand même une sage-femme libérale très compétente, très patiente, au départ, pour que ça prenne, pour que les équipes hospitalières acceptent que cela puisse fonctionner. Au début il y a quelques réflexions. Puis tout le monde s'y fait. Mais la compétence et la personnalité de votre première sage-femme libérale sont déterminantes. Et il faut que ça vienne de l'équipe. Sinon c'est compliqué. Avoir des résistances, c'est normal. Il faut rassurer, expliquer, répéter ».

La cadre-supérieur sage-femme du PFE du CHU de Caen, au cours d'un entretien.

B) Les sorties précoces

Les récentes publications de la HAS⁵⁵ – mars 2014 – donnent un cadre médical à cette pratique développée dans certains établissements de santé, principalement en région parisienne et en agglomérations. Les sorties précoces qualifient les sorties de maternité du couple mère-enfant avant les 72h après un accouchement par voie basse sans complication, ou 96h après une césarienne. Cette durée de surveillance est nécessaire pour des raisons médicales : une auxiliaire-puéricultrice pèse régulièrement le bébé, une puéricultrice réalise le test de gluthrie, une sage-femme observe l'état physique et psychique de la mère, un

⁵⁴ Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 30.

⁵⁵ http://has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes (consulté le 22 juin 2015)

accompagnement à l'allaitement est proposé, un pédiatre vérifie la présence des réflexes vitaux (tel la marche) et la fermeture de l'aorte 72h après la naissance. Traditionnellement en France, ces actes sont réalisés en établissement de santé, dans les services de suites de couches des maternités. Les professionnels libéraux les maîtrisent également. Un réseau dense et rapidement disponible de professionnels libéraux constitue une condition sine qua non pour développer les sorties précoces, le plus souvent 48h après l'accouchement. De plus, « une sortie précoce se prépare », répètent les coordinatrices sages-femmes au cours des entretiens, avant d'ajouter : « le couple doit avoir été informé, et si la maman souhaite rester, car elle a besoin d'être rassurée, cela doit toujours être possible ».

Pour permettre à la parturiente d'être accompagnée par une sage-femme libérale en aval de l'accouchement, les maternités ayant ouvert leur plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales ont parfois mis en œuvre cette modalité d'organisation. Ainsi, à la maternité du CHU de Caen, une documentation simple et complète est mise à disposition pour présenter cette possibilité d'organisation aux parturientes⁵⁶.

La deuxième partie de ce document sera notamment consacrée à la présentation de cette modalité d'organisation au GHLRRA et aux avis, réticences et recommandations des professionnels de santé exprimés au cours des entretiens semi-directifs.

⁵⁶http://www.chu-caen.fr/docservice.php?id_service=163&typeserv=1 (consulté le 13 avril 2015)

2 Les perspectives à court, moyen et long termes pour développer collectivement l'attractivité de la maternité

Au regard du pic d'activité enregistré en 2014 et de la baisse supposée de la natalité (qui explique la baisse de l'activité constatée au premier semestre de l'année 2015), la maternité du GHLRRA ne pâtit pas d'un manque d'attractivité. Pourquoi vouloir développer l'attractivité de la maternité du GHLRRA ? Cette question appelle plusieurs réponses. Tout d'abord, développer l'attractivité de la maternité du GHLRRA permet d'anticiper les impacts – principalement une baisse d'activité – de la concurrence accrue de la Clinique. Il s'agit de repositionner la maternité sur le territoire comme service de proximité et de recours en tant que maternité de niveau II-B, de forger son identité, de promouvoir la qualité des accompagnements. Cette réponse, aussi légitime soit-elle pour un directeur d'hôpital qui s'interroge sur la stratégie d'établissement, doit être complétée par une réflexion collective pour donner du sens à cette démarche. Le directeur d'hôpital responsable d'une équipe pilote ce travail. Il s'agit alors d'identifier les freins des parcours patients et les « irritants »⁵⁷ des professionnels au quotidien. Ce travail a été initié par une réunion pluri professionnelle (organisée au mois de mars et animée par l'EDH) et a été poursuivi au cours du stage de direction. La matrice suivante, élaborée à la suite de ces temps d'échange résume les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces auxquelles est soumise la maternité du GHLRRA. Cette matrice SWOT⁵⁸ constitue une base de travail pour penser le plan de développement de l'attractivité de la maternité.

⁵⁷ Terme emprunté au lean management.

⁵⁸ Acronyme de l'expression « Strengths, weaknesses, opportunities, threats », traduite par « forces, faiblesses, opportunités, menaces »

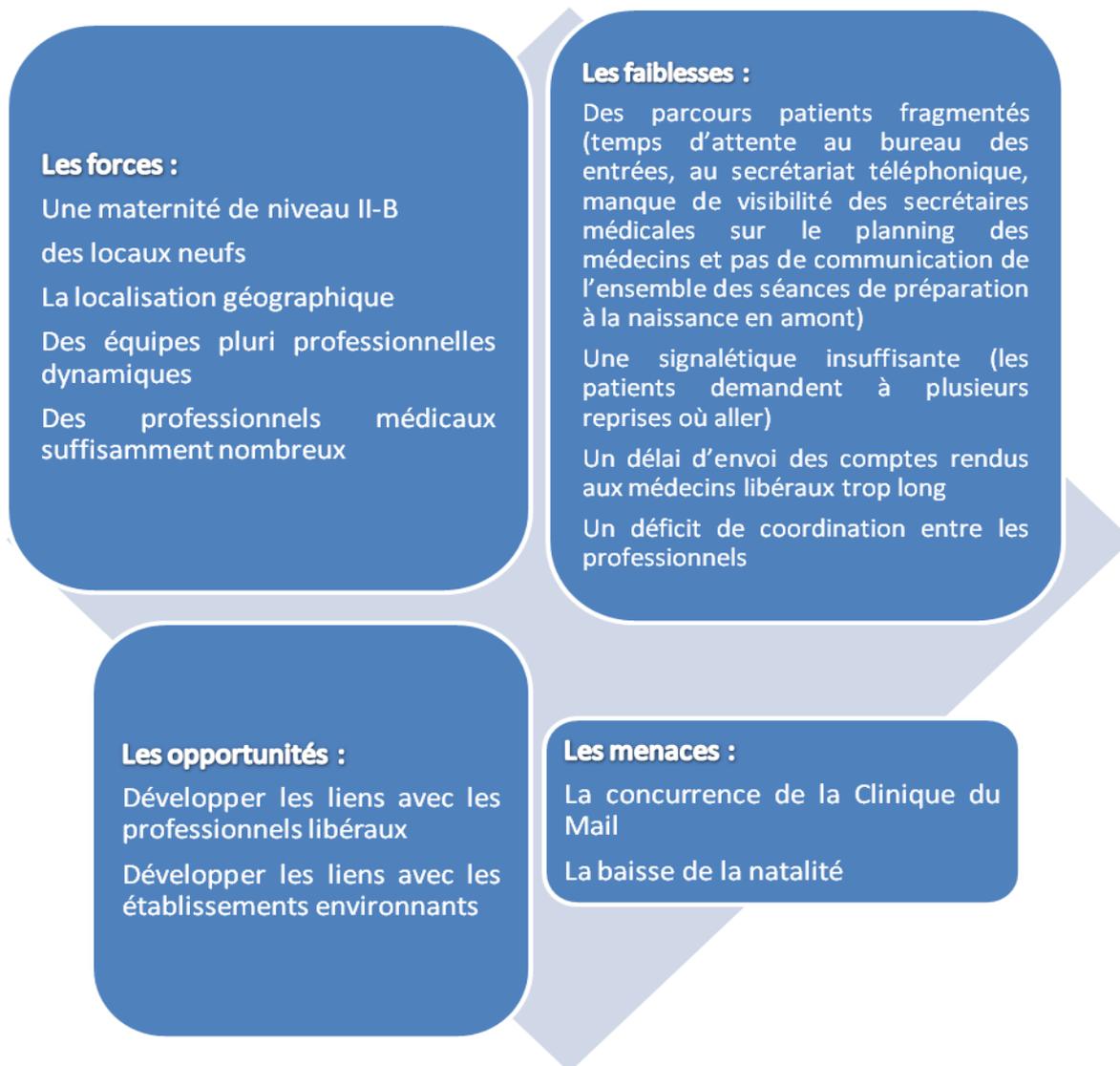


Schéma représentant la matrice SWOT de la maternité du GHLRRA.

« Keep it short and simple »⁵⁹, le leitmotiv des journalistes britanniques pourrait être appliqué au plan de communication élaboré pour bonifier l'image de la maternité. Il s'agit ensuite de bien penser ce que nous avons clairement énoncé : dans un premier temps, la qualité d'accès des mères à la maternité est analysée (II-A). Dans un deuxième temps, une

⁵⁹ Une proposition de traduction littérale : « Garder [l'information] simple et brève ».

attention particulière est apportée à l'organisation du service des suites de couches et aux relations ville-hôpital, composantes structurelles de l'attractivité de la maternité (II-B).

2.1 Un plan de communication offensif et la recherche d'une amélioration des parcours des parturientes

2.1.1 Un plan de communication externe aux multiples facettes pour façonner une image de référence.

Apporter des réponses aux questions suivantes constitue une étape nécessaire pour élaborer un plan de communication efficace : quel est l'objectif recherché ? Quel est le principal message à transmettre ? A qui s'adresse-t-on ? Quels moyens utiliser ?

Les deux premières questions appellent des réponses brèves : la construction d'une image de référence de la maternité est notre principal objectif. Cet objectif se complexifie lorsque l'on analyse la diversité du public auquel on s'adresse, composé de plusieurs groupes, eux-mêmes hétérogènes : les usagers, les parturientes primipares et celles qui sont déjà mères, les prescripteurs externes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes libérales et les professionnels de l'établissement, eux-mêmes issus de cultures multiples.

Les messages adressés à chacun de ces groupes, souvent complémentaires sur le fond, paraissent parfois antagonistes. Par exemple, le niveau II-B et les moyens techniques du service apparaissent comme des arguments à promouvoir auprès des professionnels médicaux libéraux, davantage sensibles à la qualité et à la sécurité de la prise en charge, garantie par ces moyens. Pourtant, ces mêmes arguments associent l'image de la maternité à celle d'un service hospitalier, alors que les parturientes recherchent un endroit plus confortable, plus harmonieux. La Clinique joue de cette image, qu'elle utilise comme levier de recrutement : « la maternité de l'hôpital, c'est l'hôpital. A la Clinique, c'est différent. Plus confort. On n'est pas malade, on n'a pas besoin d'aller à l'hôpital » rappelle Monsieur Kucukoglu, Directeur Général des cliniques rochelaises.

La communication à destination des usagers met en lumière les locaux neufs du pôle femme-enfant (la salle de préparation à l'accouchement, munie d'une baignoire, les chambres individuelles), la pluralité des professionnels au chevet de la parturiente et du nouveau-né, la présence continue d'un anesthésiste, qui garantit la pose de la péridurale aux femmes qui la demandent.

« Pourquoi communiquer auprès des jeunes femmes alors que nous rencontrons des difficultés dans nos organisations au quotidien ? Cela ne va-t-il pas accroître le flux de patientes, ou susciter des attentes que nous ne pourrions pas satisfaire ? On a fait des choses, par exemple la baignoire, qui séduisent, mais que les patientes utilisent peu. Et surtout ce qui compte c'est le fait que si un problème survient, la réanimation est juste à côté, comme le bloc ».

Un médecin du PFE.

La communication pâtirait-elle d'un déficit de légitimité ? Le message adressé aux patientes ne satisfait pas ce médecin, qui aimerait voir l'établissement diffuser des informations au sujet de la réanimation néonatale, autrement dit de la prise en charge médicalisée des nouveau-nés. Il s'agirait alors pour l'établissement de communiquer au sujet de la réalisation d'un risque, ce qui se révèle très délicat en pratique.

En résumé, le message à diffuser repose sur trois informations : la qualité et la sécurité de l'accompagnement des parturientes, puis des nouveau-nés, associées au niveau II-B de la maternité, la qualité de la prestation hôtelière proposée et la recherche d'un accueil harmonieux. En fonction de la population à laquelle le message est destiné, ces éléments s'articulent de différentes façons. D'une part, le message destiné aux futures mères serait formulé ainsi : « la maternité du Groupe hospitalier vous accueille dans un environnement harmonieux, s'adapte à vos besoins et vous garantit un accompagnement dans un environnement sécurisé », tandis que le message à adresser aux professionnels de santé serait le suivant : « la maternité du Groupe hospitalier garantit à vos patientes une prise en charge sécurisée et leur réserve un accueil harmonieux en s'adaptant à leurs besoins ». La difficulté réside dans la conjugaison de ces deux messages, complémentaires mais distincts. Un troisième message s'ajoute à ceux que l'on vient d'identifier : le message adressé aux professionnels de santé de l'établissement. Comment mettre en lumière un service parmi d'autres au sein d'un établissement ?

La promotion de l'image de la maternité passe par plusieurs canaux de communication. Tout d'abord, ce service est présent sur Internet, via un site dédié, qui peut être consulté par tous les internautes, quelle que soit leur identité ou leur profession. Ensuite, une consultation citoyenne a été organisée au cours de l'été pour donner un nom à la maternité. Cet événement a vocation à fédérer les professionnels du service. La réunion du jury de présélection, puis l'organisation d'une journée anniversaire pour fêter les quatre ans du pôle femme-enfant, s'inscrivent dans cette dynamique. Les rochelais et les professionnels de santé libéraux seront invités à l'inauguration du nouveau nom de la maternité. Cette

communication pourrait être enrichie par : l'ouverture d'un compte Facebook de ce service et l'organisation d'un évènement en dehors du cadre hospitalier au cours de l'été 2016.

A) Une maternité connectée : vers une maternité 4.0 ?

Les maternités disposent souvent d'un site internet qui leur est propre⁶⁰. Cette présence sur la toile, dissociée du site internet de l'établissement, est à encourager : à La Rochelle, la qualité de l'accueil du service, les locaux neufs, les chambres individuelles sont mises en lumière, les professionnels du service sont présentés. Récemment rénové, le site internet de la maternité satisfait les professionnels de santé interrogés à ce sujet. Le niveau de la maternité est mentionnée (II-B), néanmoins le rôle de service de recours ni figure pas. La maternité du CHU de Caen, de niveau III, propose quelques lignes à ce sujet sur la page d'accueil de son site internet, au niveau de la rubrique « Provenance ». Ci-dessous un extrait du site internet de cette maternité :

« Que vous soyez suivie dans l'agglomération caennaise ou dans la région, vous pouvez être amenée à être hospitalisée si votre état de santé ou celui de votre bébé le nécessite.

Etant de niveau III, la maternité du CHU peut prendre en charge des patientes enceintes risquant d'accoucher très prématurément. C'est pourquoi, certaines maternités vous transféreront sur Caen afin d'optimiser la prise en charge néonatale. Ceci se fait au sein du **Réseau de Périnatalité** [lien disponible sur le site] de Basse-Normandie. »

Source : http://www.chu-caen.fr/service.php?ref=p2&id_service=163 (consulté le 3 juin 2015)

L'internaute comprend que le CHU de Caen n'agit pas seul : la maternité semble avoir noué des relations avec les maternités environnantes. Inscrire cette action dans le cadre du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie et proposer un lien vers leur site internet offre aux internautes une nouvelle source d'information. L'expertise de la maternité, son rôle de service de recours sont soulignés en une phrase. De la sorte, on devine ce que signifie « maternité de niveau III », sans toutefois trouver une définition plus complète. La maternité du Groupe hospitalier pourrait proposer une présentation simple de la signification des différents niveaux de maternités⁶¹.

Le site internet de la maternité du Groupe hospitalier est dynamisé par un support de communication original : un film d'une dizaine de minutes, réalisé par Noémie Bourcheix,

⁶⁰La maternité du CH de Givors ou celle du CH de Thiers mettent en lumière les accompagnements proposés par les professionnels du service sur leur site internet.

⁶¹ La Cour des comptes a synthétisé ces informations dans un tableau, repris dans l'annexe 2 de ce document.

chargée de communication au sein de l'établissement, à la suite d'une demande des sages-femmes. Initialement destiné aux cours de préparation à la naissance, ce film présente les modalités d'accès à la salle d'accouchement sous la forme d'un « parcours futurs parents ». Cet outil ludique permet la diffusion d'informations médicales (« Quand venir à la maternité ? Quand les contractions se rapprochent... »). Cette modalité de communication instaure un lien de confiance entre l'établissement et les internautes et contribue au recrutement des futurs parents. La maternité du CHU de Caen offre de nombreuses informations aux internautes, via un glossaire des principales pathologies qui peuvent survenir au cours de la grossesse⁶², ou via des fiches pratiques, rédigées dans un langage courant, qui présentent des examens médicaux et rassurent les futures mères⁶³. Le CHU de Caen offre un bel exemple de l'utilisation du web 4.0. Cette appellation – « le web 4.0 » – désigne le nouvel usage d'internet, qui repose sur la multiplication d'offres de services aux internautes. Après le Minitel, qui permettait d'accéder à des informations sommaires et qui incarne le premier niveau d'internet, cet outil s'est développé via la centralisation et la diffusion d'informations (internet 2.0), proposés par Google ou Wikipédia. Les réseaux sociaux, en permettant une mise en relation des internautes les uns avec les autres, ont offert une nouvelle modalité de développement d'internet (internet 3.0). Enfin, l'internet 4.0 repose sur des offres de services telles la location de biens, ou la diffusion d'informations précises, qui ne seraient disponibles que sur internet.

Cette forme de communication pourrait être développée via la création d'un compte Facebook⁶⁴ : y seraient publiés des informations au sujet des étapes de la grossesse et des soins à apporter au nouveau-né ainsi que des informations relatives à la vie du service. 75 % des 18-44 ans possèdent un compte Facebook : la visibilité de la maternité sur internet serait décuplée. La maternité sur Facebook constituerait une première approche des réseaux sociaux pour l'établissement : une fois l'utilisation de cet outil apprivoisée, un compte pour l'ensemble du Groupe hospitalier pourrait être créé. La gestion de Facebook nécessite du temps au quotidien, pour alimenter le flux d'actualité et répondre aux commentaires des internautes. Créer un compte Facebook n'est pas sans risque : quels traitements réserver aux commentaires négatifs ? Facebook constitue un lieu d'expression où certains osent

⁶²http://www.chu-caen.fr/service.php?ref=p2&id_service=163 (consulté le 22 mai 2015)

⁶³http://www.chu-caen.fr/docservice.php?id_service=163&typeserv=1 (consulté le 22 mai 2015)

⁶⁴ « Cette stratégie de communication multicanal consiste, chaque fois que cela est pertinent, à créer un maximum d'interactions entre les supports de communication existants [...] voire à en développer de nouveau si nécessaire. Cette multiplication des « portes d'accès » à l'information a pour but d'enrichir le contenu de l'information et d'amplifier son impact tout en augmentant les possibilités de dialogues avec les publics cibles », HEYM R., « L'attractivité, un enjeu marketing », *Gestions hospitalières*, n°547, juin/juillet 2015, p 378.

s'exprimer, les supprimer reviendrait à nier la nature même de cet espace. Dans un premier temps, ces commentaires peuvent être laissés sur la toile ; puis l'établissement invite l'internaute à poursuivre le dialogue via les messageries privées⁶⁵.

Après Facebook, quid de Twitter ? Ce réseau social, sur lequel les internautes s'expriment en 140 caractères, est davantage utilisé et prisé par une catégorie de population plus âgée et plus éduquée que les utilisateurs de Facebook. La maternité du Groupe hospitalier viserait alors davantage la clientèle de la Clinique, ou les professionnels libéraux.

Communiquer sur internet et sur les réseaux sociaux permettrait à la maternité un certain rayonnement auprès de la population connectée : une population jeune, qui a l'âge des futures mères. Proposer des informations de façon régulière, répondre aux commentaires des internautes, contribuerait à construire un lien entre l'établissement et ces internautes. L'ouverture du compte Facebook de la maternité du Groupe hospitalier pourrait avoir lieu à l'occasion de la révélation du nom de la maternité le 20 novembre 2015.

B) Accroître l'ancrage de la maternité du GHLRRA sur le territoire rochelais : une histoire de nom.

A Paris, l'image de marque de la maternité des Bleuets s'est construite autour de la singularité de l'approche médicale proposée, qui promeut l'accouchement physiologique. Le nom choisit est devenu unique : « Les Bleuets » fait référence à cet établissement. Donner un nom à un établissement participe donc de la reconnaissance de sa singularité et de la construction d'une image de marque.

Les professionnels de santé ont accueilli cette proposition, présentée par l'élève directrice à la suite du métaplan, avec enthousiasme, d'autant plus que cette idée n'était pas nouvelle : « depuis le déménagement on y pense, on se le dit : « ce serait bien d'avoir un nom ». Les équipes seraient contentes » confie la cadre supérieur sage-femme. Dès lors, l'objectif de ce projet est double : forger une image distincte de celle de l'hôpital à la maternité d'une part, fédérer les équipes autour d'un projet novateur d'autre part. Pour cela, les professionnels participent directement au choix du nom. Quid de la participation des parturientes et des

⁶⁵ Madame Lacour, responsable de la formation des attachés d'administration hospitalière et précédemment directrice de la communication de l'hôpital Robert Debré, recommande cette modalité de fonctionnement. Cette question a été abordée lors d'un entretien téléphonique (M. Chanabas, directeur de la communication du GHLRRA, Mme Bourcheix, chargée de communication et l'élève directrice d'hôpital étaient présents). L'élève directrice a présenté le plan de communication adopté pour promouvoir l'image de la maternité et interrogé Madame Lacour au sujet des réseaux sociaux.

personnes qui souhaitent donner leur avis ? Un nom impopulaire aurait pu desservir l'image de la maternité.

Une réflexion s'est engagée au sujet des modalités de proposition du nom puis des modalités de choix finales. Une consultation citoyenne, ouverte à tous, a été organisée⁶⁶. Un lien sur le site de l'hôpital permettait aux internautes de participer. Des boîtes ont été installées dans la maternité, dans le hall de l'établissement et dans un second temps, à la mairie de La Rochelle. Plus de 400 noms, poétiques, historiques, féministes, ou plus originaux ont été déposés. Cette consultation a duré trois mois : elle a été ouverte le 29 mai 2015 à l'occasion d'une journée particulière, organisée en hommage à l'ancienne maternité⁶⁷ et s'est terminée le 31 août 2015. Cette initiative a trouvé un écho positif dans les médias locaux : Sud-Ouest a publié des articles, que les internautes ont commentés, proposant des noms en lien avec le territoire. France-Bleu souhaitait recueillir le témoignage du responsable de projet. Une interview à trois voix a été organisée, pour souligner le rôle de chacun : le chef de service, la cadre supérieur sage-femme et l'élève directrice d'hôpital ont répondu ensemble aux questions du journaliste.

L'idée de donner un nom à la maternité aurait même était partagée par la clinique.

« Je voulais vous demander : comment vous est venue cette idée de donner un nom à la maternité ? Quand j'ai vu les articles dans le journal, je me suis dit : « Ils nous ont piqué notre idée ! » On a eu cette idée en décembre [2014], alors que nous lançons notre groupe de travail autour de la maternité, sauf que nous, nous n'avons pas eu besoin de demander l'avis de tout le monde. Et puis la maternité de l'hôpital, a-t-elle vraiment besoin d'un nom ? Quand on accouche à l'hôpital, on dit « j'accouche à la mat' », la maternité de l'hôpital est déjà bien identifiée sur le territoire ».

Monsieur Yildiray Kucukoglu.

Le Directeur Général des cliniques rochelaises, détenues par le Groupe Capio, se serait-il senti menacé par l'initiative du Groupe hospitalier ? Ces paroles, adressées à l'élève directrice d'hôpital en début d'entretien, ont été complétées par des informations qui n'ont pas pu être vérifiées par la suite : l'établissement de santé privé aurait dû révéler le nom qu'il

⁶⁶ Le règlement intérieur de cette consultation citoyenne est proposé en annexe 11.

⁶⁷ Le site de l'ancienne maternité, fermé au public depuis quatre ans, a ouvert ses portes au public ce jour-là : des expositions de photographies et des visites du site ont permis aux volontaires de dire au revoir à ce lieu riche de souvenirs, construit en 1936. Un bunker y a été construit au cours de l'Occupation. Ce site abritait également l'ancien internat.

s'était choisi en septembre 2015. Cela n'a pas été le cas. Pour autant, le Groupe Capio travaille à l'émergence d'une image de marque. En effet, le premier hôpital entièrement construit par ce groupe en France a ouvert ses portes en août 2015 au Pays Basque. Son nom, issu d'une consultation menée en interne, est en lien avec le territoire – « Belharra »⁶⁸ est le nom d'une vague géante, redoutée et prisée par les surfeurs – et témoigne de l'ambition du Groupe⁶⁹.

A La Rochelle, un jury a choisi trois noms parmi ceux proposés. Ce jury, animé par Madame Bourcheix et par l'élève directrice d'hôpital, réunissait l'ensemble des professionnels participant directement ou indirectement à l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés. Ces moments d'échanges, au cours desquels un temps de parole est proposé à chacun, quel que soit son statut, sont précieux. Ils concourent à la reconnaissance du rôle de chacun, notamment des agents techniques et administratifs⁷⁰ et à l'élaboration d'une image positive de l'établissement aux yeux des professionnels.

Le 20 novembre 2015, Monsieur Michel, Directeur de l'établissement, révélera le choix final. Cette journée célébrera les quatre ans du pôle femme-enfant. Des évènements sont organisés pour faire de cette journée un moment convivial et nourrir un esprit d'équipe entre les professionnels de l'établissement, notamment entre les professionnels. Pour cela, une activité collective a été recherchée : chacun sera invité à pédaler pour récolter des fonds. Ces dons seront reversés à une association caritative et contribueront au financement d'un espace bien-être au sein de la maternité. D'autre part, les professionnels des différents services ont souhaité animer des ateliers : les professionnels qui accompagnent les mères en salle de naissance feront écouter un enregistrement des battements du cœur du fœtus, les professionnels en charge des consultations organiseront un cours de préparation à la naissance et une exposition de photographies présentera les professionnels dans leur quotidien, partageant des moments conviviaux.

La tenue de cet évènement est en partie soumise au niveau de dons accumulés. Madame Bourcheix et l'élève directrice d'hôpital ont sollicité de nombreux sponsors à plusieurs reprises : une lettre, signée par Monsieur Michel, Directeur de l'établissement et par Monsieur Thirouard, chef de service de la maternité, leur a été adressée, puis les sponsors

⁶⁸ Source : dépêche APM du lundi 10 août 2015, « Capio ouvre une clinique à Bayonne, regroupant trois établissements ». « Le groupe entend faire de cette clinique, sur l'ensemble de ses prises en charge, l'établissement de référence de santé du sud de l'Aquitaine ».

⁶⁹ Op. cit.

⁷⁰ Un agent de service hospitalier (ASH), un agent du bureau des entrées et un ouvrier principal qualifié étaient présents.

ont été directement contactés. Les dons récoltés seront comptabilisés et annoncés à la fin de la journée.

En 2016, l'inauguration de l'espace bien-être réunira l'ensemble des participants, dont les médias. Le dimensionnement de cet espace dépend du volume de fonds récolté : une salle nature a été mentionnée (ce projet serait le plus onéreux : l'installation d'un lit basses postures et de lianes coûterait plus de 20 000 euros) mais aussi un espace de détente pour les pères.

La maternité baptisée, l'espace bien-être inauguré, comment assurer la visibilité médiatique de la maternité ? Il s'agit de penser des projets novateurs, voire surprenants, conseille Madame Lacour. Une maternité parisienne, spécialisée dans le suivi des grands prématurés, a proposé un partenariat à Bonduelle, autour du jeu de mots les « petits pois » : « Avez-vous pensé à organiser un évènement à l'extérieur des murs de l'hôpital ? Cela permet de donner une autre image et de toucher un autre public, moins sensibilisé aux problématiques hospitalières » suggère Mme Lacour, avant d'ajouter : « l'hôpital Necker organise depuis quelques années une course qui permet de lever des fonds ». La ville de La Rochelle héberge un marathon chaque année le dernier week-end de novembre. Constituer une équipe aux couleurs de l'hôpital pourrait être envisagée.

La situation géographique de La Rochelle évoque un rapprochement entre la « mère » et la « mer » : un évènement en bord de mer destiné aux futures mères et à leurs accompagnants pourrait être proposé, les soirs de pleine lune cet été, pour honorer la légende urbaine selon laquelle cet alignement des astres déclencherait des accouchements. Des cours de préparation à la naissance seraient offerts aux futures mères, sur la plage, les soirs de pleine lune. Il pourrait être proposé aux sages-femmes libérales d'en assurer certains. Si ce projet est retenu, une première réunion avec les services techniques de la ville de La Rochelle est à prévoir en début d'année prochaine.

2.1.2 L'accès au service simplifié, les consultations anticipées, l'orientation modernisée : un service client amélioré.

L'étude du « parcours parturiente » a révélé des difficultés d'accès à la maternité : la durée d'attente téléphonique pour joindre le secrétariat est parfois très longue. Une fois arrivée au bureau des entrées, les futures mères attendent de nouveau, pour constituer leur dossier administratif. La signalétique interne apparaît incomplète : les noms des professionnels de santé ne sont pas actualisés. Enfin, les secrétaires ne parviennent pas à proposer aux parturientes des dates de rendez-vous sur l'ensemble de leur grossesse. Un travail a été engagé pour apporter une réponse à chacun de ces dysfonctionnements.

A) Optimiser le fonctionnement du secrétariat médico-administratif

Madame Laud, cadre administrative de pôle, pilote ce projet de réorganisation du secrétariat médico-administratif. Désormais, les postes des assistantes médico-administratives (AMA) seront associés à des tâches identifiées et distinctes les unes des autres : une AMA répondra aux appels téléphoniques, tandis qu'une autre rédigera les comptes rendus médicaux. En effet, du retard dans la rédaction des comptes rendus médicaux a été accumulé. Certains médecins ont fait part de leur inquiétude à ce sujet, d'autres ont décidé de taper eux-mêmes les comptes rendus les plus urgents. La nécessité de réformer l'organisation du secrétariat n'est plus à démontrer. Une rotation hebdomadaire des postes est prévue.

Madame Laud mène ce projet de façon collaborative : les AMA volontaires sont associées aux réunions de préparation en septembre. La mise en œuvre de la nouvelle organisation est prévue pour octobre. Un point d'évaluation sera organisé par la suite.

B) Réformer le mode de constitution des dossiers administratifs pour réduire le nombre de passages quotidiens au bureau des entrées

Les deux agents du bureau des entrées décentralisées, installé au premier étage du pôle femme-enfant, sont présents, du lundi au vendredi de 9h à 16h30 : le premier accueille les patientes, le second prépare les dossiers de préadmission. L'établissement adresse un courrier aux patientes en amont de leur venue, dans lequel il leur est demandé d'arriver 20 minutes avant leur horaire de rendez-vous, pour constituer leur dossier administratif, en amont des consultations et des hospitalisations.

Le flux de patientes est trop dense et la durée d'attente au bureau des entrées de la maternité s'allonge. Cette situation, ainsi résumée, « il y a la queue aux étiquettes », présente de nombreux risques. Tout d'abord, cette attente génère de la lassitude chez les parturientes et renvoie une image d'inefficience du service public hospitalier. Ensuite, une situation originale s'est produite : certains médecins ont attendu leurs patientes. Celles-ci étaient présentes, mais elles n'étaient pas parvenues à constituer leur dossier administratif. Ces médecins ont reçu leurs patientes, leur demandant de passer au bureau des entrées après la consultation. Cette situation présente un risque financier pour l'établissement dans la mesure où rien ne garantit que la patiente se présente au bureau des entrées à la suite de la consultation, surtout si elle doit de nouveau attendre. Cette situation a été observée à plusieurs reprises, c'est pourquoi une réflexion au sujet du mode de traitement des dossiers administratifs a été engagée.

Un groupe de travail, composé par la cadre supérieur de pôle, la cadre administrative de pôle, la coordinatrice sage-femme responsable du service, l'attachée d'administration hospitalière responsable de la gestion administrative du patient et l'élève directrice d'hôpital, s'est réuni à plusieurs reprises⁷¹.

Dans un premier temps, il a été identifié que ces situations survenaient le mardi, le jeudi et le vendredi : l'agent positionné en back office sera mobilisé pour accueillir les patientes si besoin ces jours-ci. Puis, une question s'est posée : « les femmes sont-elles obligées de passer par le bureau des entrées à chaque fois qu'elles viennent à la maternité ? ». La vérification des informations relatives à l'identité du patient et celle de son médecin traitant sécurisent la prise en charge et garantissent l'exhaustivité des données, préalable indispensable pour la facturation de l'acte. Toutefois, le groupe de travail a fait preuve de pragmatisme en proposant de réduire les passages au bureau des entrées des femmes qui viennent régulièrement à la maternité sur une durée déterminée. Ainsi, les pré-admissions et les dossiers qui anticipent les soins à venir (les « dossiers séances ») sont développés⁷² : chaque jour, une vingtaine de dossiers font l'objet d'une pré-admission⁷³, ce qui réduit de moitié le temps de passage au bureau des entrées de la personne, tandis que les « dossiers séances »⁷⁴ évitent le passage au bureau des entrées d'une quarantaine de parturientes. En effet, il a été proposé que les femmes enceintes qui venaient à la maternité pour les examens relatifs à leur suivi de grossesse ne soient pas systématiquement orientées vers le bureau des entrées. Les passages au bureau des entrées de ces parturientes sont réduits à deux: la future mère se présente au bureau des entrées à l'occasion de sa première venue, l'agent du bureau des entrées constitue son dossier administratif et lui explique qu'elle devra de nouveau se présenter après le début du sixième mois de grossesse (une modification du dossier est nécessaire, pour valider la prise en charge à 100 % par la caisse primaire d'assurance maladie). Entre temps, comment garantir la qualité des informations relatives à l'identité des patientes ? Une sensibilisation accrue des patientes est organisée : quelques phrases sont ajoutées dans le livret d'accueil, des chevalets sont installés dans les bureaux de consultations, sur lesquels figurent l'inscription suivante : « Merci de repasser au bureau des entrées pour signaler tout changement en lien avec votre identité ou celle de votre

⁷¹ L'élève directrice d'hôpital a piloté le groupe de travail réuni autour de ce projet.

⁷² La semaine précédant les examens, les AMA communiquent aux agents du bureau des entrées les pré-admissions à préparer.

⁷³ Les consultations d'anesthésie et les séances de bilan urodynamie feront l'objet d'une pré-admission.

⁷⁴ Les examens relatifs au suivi de grossesse et les séances de rééducation périnéale seront préparés sous la forme de « dossiers séances ».

médecin traitant » et les professionnels de santé rappellent aux futures mères qu'elles doivent communiquer les éléments susceptibles de modifier leur situation, tel un déménagement, un mariage, un changement de médecin traitant ou de mutuelle.

C) Anticiper les consultations pour fidéliser les futures mères.

« L'idéal serait de pouvoir proposer les consultations, les examens, sur l'ensemble de la grossesse. Les femmes savent quand elles ont rendez-vous, elles n'ont pas besoin de rappeler. Surtout, elles ne sont pas tentées de prendre rendez-vous ailleurs ».

Madame Laud, cadre gestionnaire du PFE.

En novembre, le secrétariat du PFE sera composé de deux entités : un secrétariat pour la gynécologie et un secrétariat pour l'obstétrique. Une équipe de professionnels (médecins, sages-femmes) sera rattachée à chaque secrétariat (un médecin n'est pas associé à une AMA, ce qui permet d'assurer la continuité de l'information). Cette organisation favorisera la prise de rendez-vous à l'avance dans la mesure où les AMA seront amenées à mieux connaître les emplois du temps des professionnels médicaux. Si l'emploi du temps des gardes et astreintes est fixé plusieurs mois à l'avance, l'investissement de chacun reste nécessaire pour programmer les consultations et examens des femmes sur l'ensemble de leur grossesse : les professionnels médicaux sont invités à communiquer leurs congés et leurs absences au moins six mois à l'avance.

Autre outil pour fidéliser les parturientes : le « passeport grossesse »⁷⁵, sur lequel figure le nom des professionnels médicaux qui l'accompagnent et les rendez-vous à venir. Cette pochette cartonnée est offerte à la parturiente en début de grossesse : elle comprend le livret d'information relatif à la grossesse, récemment élaboré par le Réseau périnatal Poitou-Charentes. La future mère y range ensuite l'ensemble des documents relatifs au suivi de sa grossesse.

Depuis le mois de juillet, des SMS rappelant les rendez-vous de suivi de grossesse sont automatiquement envoyés aux parturientes qui ont communiqué leur numéro de téléphone et qui ont accepté de bénéficier de ce service. L'envoi de ces SMS devrait réduire le nombre de consultations non honorées.

⁷⁵ Ce document a été élaboré à l'initiative de la responsable de cellule « relations avec les usagers », Madame Sardaine, en collaboration avec la coordinatrice sage-femme du service des consultations, Madame André. Il sera présenté à l'occasion des quatre ans de la maternité.

D) Rénover la signalétique et installer une décoration originale

Un matin du mois d'avril, la cadre supérieure sage-femme, la chargée de communication, une ingénieure et l'élève directrice d'hôpital ont entrepris un « parcours parturiente » dans le PFE pour identifier les éléments de signalétique à modifier.

La nouvelle signalétique répond à plusieurs objectifs : elle palie le manque d'informations et rafraîchit les plus anciennes (des médecins qui ont quitté l'établissement depuis plusieurs années semblent toujours en activité). Elle remplace les éléments de signalétique « sauvage », ajoutés petit à petit : dans l'escalier qui dessert les trois étages, des feuilles volantes indiquent l'étage auquel on se trouve et les types de soins qui y sont associés ; à l'accueil, les consultations privées des médecins sont signalées par des inscriptions au stabilo sur des feuilles blanches. Surtout, elle a pour vocation de permettre aux parturientes de s'orienter plus rapidement dans le PFE : l'ascenseur conduisant directement à la maternité est mieux indiqué, les activités de soins des services sont davantage détaillées. Mieux orientés, les patients sont rassurés : une signalétique efficace contribue à la construction d'une image de confiance du service.

A cette nouvelle signalétique s'ajoute une décoration chaleureuse et originale, qui égaye les murs des couloirs. Les photos des professionnels volontaires du PFE bébés sont affichées à différents endroits, bordées de l'inscription « Il y a quelques années, nous étions bébés. Aujourd'hui, nous prenons soin de vous et de votre nouveau-né ».

Après avoir présenté le travail engagé à court terme pour valoriser l'image de la maternité et simplifier le parcours des futures mères, découvrons les pistes de travail à moyen-long terme.

2.2 La recherche d'une coordination plus efficiente entre les professionnels de santé au sein du PFE et avec les professionnels libéraux

Les évolutions du taux d'occupation et la durée moyenne de séjour (DMS), indicateurs supports du dialogue de gestion, mettent en lumière les impacts de la baisse d'activité et de l'hétérogénéité des pratiques médicales.

Les taux d'occupation depuis 2010, supérieurs à la moyenne nationale, situent la maternité dans le premier quart des maternités les plus dynamiques⁷⁶. Cet indicateur ne reflète qu'en partie le quotidien des professionnels, soumis à des variations d'activité. En 2014, quatre chambres ont été aménagées dans le service de gynécologie pour répondre aux besoins du service en période d'activité élevée. Par ailleurs, le service connaît des situations inverses. En 2015, le nombre d'accouchements a augmenté au cours du mois de juillet, tandis que le mois de septembre semblait « calme ». Si les périodes d'activité intense engendrent le mécontentement d'une minorité de mères, amenées à changer de chambre au cours de leur séjour et sont qualifiées de « stressantes » par les professionnels, la baisse d'activité, lorsqu'elle se prolonge, n'apporte pas la sérénité aux équipes.

« Quand l'activité baisse, comme c'est le cas depuis le mois de janvier [2015], les équipes s'inquiètent. Elles se demandent si les effectifs vont être maintenus. Surtout, certaines se relâchent. Mais si une faible activité perdure, cette attitude peut se prolonger, il faut alors être vigilant, recadrer certains comportements. »

Madame Panier, cadre supérieur sage-femme.

Quelles réponses apporter à ces inquiétudes relatives à l'évolution des effectifs ?

Si l'activité enregistrée au cours des six premiers mois se maintient, la maternité du Groupe hospitalier aura vue naître 1600 bébés. Les effectifs en salle de naissance et dans le service des suites de couches ne seront donc pas modifiés. Néanmoins, si le nombre de naissances oscillait entre 1400 et 1600 naissances, les effectifs dans le secteur de naissance pourraient

⁷⁶ « Le taux moyen d'occupation des maternités en obstétrique s'établit à seulement 70 %, et un tiers des maternités ont eu un taux d'occupation inférieur à 60 % en 2012.

Ces taux faibles recouvrent des situations contrastées puisque plus de la moitié des maternités de type I sont dans ce cas alors que seule une minorité d'entre elles (10,2 %) atteint ou dépasse 80 %. 57,4 % des maternités de type II a un taux d'occupation compris entre 60 et 80 % et un peu plus du quart dépasse ce seuil de 80 %. La majorité (62,1 %) des maternités de type III a un taux d'occupation supérieur à 80 %. » Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », p. 89

être réduits d'un poste temps plein de sage-femme et d'un poste temps-plein d'auxiliaire de puéricultrice⁷⁷.

Un demi-équivalent temps plein sage-femme a été attribué au cours du premier trimestre 2015, pour accompagner la hausse de l'activité observée, pour pallier l'absence d'une gynécologue-obstétricienne au sein du service, entre mars et novembre 2015 et pour compenser la réduction du nombre de praticiens libéraux. Les sages-femmes hospitalières proposent davantage de consultations et d'échographies. Ces plages de consultations sont remplies. Le premier semestre de l'année 2015 enregistre une hausse d'activité qui génère un gain de 18 000 €, autrement dit, si l'activité se maintient au second semestre 2015, cette nouvelle recette financera le mi-temps de sage-femme⁷⁸.

Par ailleurs, en début d'année 2015, une augmentation de la durée moyenne de séjour a été observée, en parallèle de la diminution de l'activité d'obstétrique : la DMS était de 4,86 jours au premier trimestre 2015, 4,47 en 2014. Cette évolution a un impact sur l'IPDMS du service d'obstétrique : il était de 1,04 pour l'année 2014, il s'élevait à 1,14 au premier trimestre 2015. La DMS des trois principaux groupes homogènes de malade (GHM) du service obstétrique est supérieure à la moyenne nationale, à la moyenne régionale ainsi qu'aux DMS des établissements environnants⁷⁹.

« [la baisse de l'activité] C'est ce qui explique que la durée moyenne de séjour ait augmenté depuis le début de l'année : il y a moins de pression à faire sortir les bébés alors certains pédiatres reprennent les pratiques qui leur conviennent davantage. [...] Et puis certains continuent de faire sortir comme avant, quand le bébé peut sortir à J-3 il sort, d'autres font pas sortir les bébés le week-end, d'autres sont inquiets de faire sortir les bébés si tôt ».

Madame Panier, cadre supérieur sage-femme.

⁷⁷ Cf l'art. D6124-44 du CSP : « Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires. [...] »

En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme ».

⁷⁸ Si l'activité du second semestre est équivalente à celle du premier, les recettes nouvelles couvriront les dépenses associées à cette activité (18 000*2 = 36 000 € de recettes. Cela correspond à la dépense engagée, évaluée à 36 000 € également : 30 000 € (0,5 ETP sage-femme) + 20% à attribuer aux dépenses annexes, nécessaires pour assurer cette activité).

⁷⁹ Cf les données régionales, présentées en annexe 13.

Madame Panier évoque ici l'hétérogénéité des pratiques des pédiatres et le poids de certaines représentations. Les pédiatres jugent la démographie médicale de ville insuffisante pour faire sortir les bébés « plus tôt », soit entre 48h et 72h après la naissance.

« Il y a une visite obligatoire [de suivi du nouveau-né chez le pédiatre] à J-8⁸⁰. Quand les femmes appellent, elles nous disent qu'il n'y pas de rendez-vous disponible avant 15 jours. Alors quand on sait que cette visite n'aura sûrement pas lieu, on n'a pas envie de faire sortir les bébés plus tôt, on a besoin d'être vraiment sûr que tout va bien ».

Un pédiatre du GHLRRA.

Les consultations pédiatriques sont complémentaires des sorties précoces : le CHU de Caen offre la possibilité aux jeunes mères qui le souhaitent de sortir précocement de la maternité. En parallèle, cet établissement va développer des consultations pédiatriques dédiées aux nouveau-nés⁸¹. A La Rochelle, le temps de pédiatre n'est pas suffisant pour mettre en œuvre une organisation similaire. Toutefois, la démographie médicale rochelaise n'apparaît pas comme un argument valable pour justifier le maintien des nouveau-nés et de leurs mères dans le service des suites de couches. En effet, l'examen du 8^{ème} jour peut être réalisé par un médecin généraliste « ayant l'expérience des pathologies du nouveau né »⁸².

⁸⁰ Le premier examen du nouveau-né, réalisé par une sage-femme ou un pédiatre, a lieu dans les 2 heures qui suivent sa naissance. Un deuxième examen, réalisé par un pédiatre, a lieu 48h après la naissance et avant la sortie de la maternité. « Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé entre le 6e et le 10e jour postnatal, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né. Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6e jour), l'examen du nouveau-né recommandé entre J6 et J10 reste nécessaire. Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice) - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf (consulté le 30 juin 2015)

⁸¹ Information issu de l'entretien téléphonique menée avec Madame Letardif, cadre-supérieur sage-femme du PFE du CHU de Caen (cf la liste des entretiens menés dans le cadre de ce travail de parangonnage, annexe 8)

⁸² « Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre) » - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf (consulté le 30 juin 2015)

« Il y a des problèmes de démographies médicales en Poitou-Charentes, mais dans les terres, sûrement pas à La Rochelle⁸³, c'est l'effet de la côte. Et la visite du 8^{ème} jour peut très bien être réalisée par un médecin généraliste qui aurait suivi une formation⁸⁴, d'ailleurs c'est ce que nous [le Réseau Périnatal Poitou-Charentes] organisons. Une autre question se pose : est-ce le rôle d'un pédiatre de ville de voir des nouveau-nés qui, en général, vont bien ? Je ne pense pas et eux non plus ne le pensent pas ».

Monsieur de Villemonteix, gynécologue-obstétricien, Président du Réseau Périnatal Poitou-Charentes.

Une réflexion est engagée au sujet de la réorganisation du service des suites de couches et d'une potentielle ouverture du plateau obstétrical aux sages-femmes libérales.

2.2.1 Harmoniser les temps de présence des professionnels dans le service des suites de couches.

A) Une organisation héritée du déménagement qui serait valorisée par le développement des transmissions ciblées.

Le déménagement a été l'occasion de repenser les temps de soins du bébé et d'accompagnement de la mère. Une auxiliaire-puéricultrice et une sage-femme forment un binôme pour répondre aux besoins de la mère et de du nouveau-né. Ces binômes travaillent en 12h. Une puéricultrice, en 12h et une auxiliaire-puéricultrice (en horaires réguliers, soit 7h36) complètent ce binôme.

Une puéricultrice et une auxiliaire-puéricultrice prennent en charge les nouveau-nés en unité kangourou (UK).

⁸³ cf annexe 7 : Les professionnels de santé ayant une activité libérale ou mixte en Poitou-Charentes au 1er janvier 2014 (source : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/statiss2014_version_definitive.pdf, consulté le 30 août 2015)

⁸⁴ BLAIS, M., « Mise en place du retour à domicile précoce au CHD de La Roche sur Yon », Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Nantes, Faculté de médecine, p. 89.

Le schéma suivant présente l'organisation actuelle du service des suites de couches, de 8h à 20h⁸⁵ :

15 lits dont UK	15 lits dont UK
Puer UK (7h36 - 1 matin + 1 après-midi)	
1 SF (12h)	1 SF (12h)
1 AP (12h)	1 AP (12h)
1 AP (7h36)	
1 Puer SC (12h)	

Schéma présentant l'organisation du service des suites de couches du GHLRRA, août 2015

On dénombre de nombreux horaires dans le service. A chaque arrivée et départ de professionnels, des transmissions sont organisées entre les équipes. La durée prévisionnelle de ces temps d'échanges est de 15 minutes. Toutefois, les équipes y consacrent souvent plus d'une trentaine de minutes : chaque mère et chaque nouveau-né sont présentés. La situation actuelle pourrait être résumée ainsi⁸⁶ :

- ✓ Le premier binôme sage-femme-auxiliaire puéricultrice, l'équipe A, est présent dès 7h45 et réalise les transmissions avec l'équipe de nuit entre 7h45 et 8h15. L'équipe de nuit travaille 15 minutes supplémentaires.
- ✓ Puis, le deuxième binôme sage-femme-auxiliaire puéricultrice, l'équipe B, arrive à 8h15. La sage-femme du binôme A transmet les informations à la sage-femme du binôme B.
- ✓ L'équipe de nuit arrive à 20h00 et réalise les transmissions avec le binôme B, jusqu'à 20h30. Le binôme B enregistre 15 minutes de temps de travail supplémentaire.

Concentrer les échanges au sujet des parturientes et ou des nouveau-nés ayant besoin d'un accompagnement particulier réduirait les temps de transmissions. Développer les transmissions ciblées présente un double avantage : le matin, cela dégagerait du temps de présence dans le service pour les professionnels, tandis qu'en fin de journée, cela éviterait que les agents soient en fonction plus de 12h⁸⁷. Cette proposition constitue une première piste de travail.

⁸⁵ L'équipe de nuit se compose de deux auxiliaires de puéricultures et d'une sage-femme. Une puéricultrice prend en charge les nouveau-nés de l'unité kangourou.

⁸⁶Cf annexe 14 : L'organisation des temps de travail dans le service des suites de couches du GHLRRA (30 lits + 4 lits d'unité kangourou).

⁸⁷ Dans le cas où ces échanges dureraient 15 minutes : l'équipe de jour A arrive à 7h45 et réalise les transmissions avec l'équipe de nuit jusqu'à 8h. L'équipe de jour B arrive à 8h15, les transmissions

B) Les scénarios envisagés pour améliorer l'accompagnement des jeunes mères et des nouveau-nés

Plusieurs scénarios de réorganisation du service des suites de couche sont envisagés. Le premier objectif est de proposer un accompagnement individualisé aux jeunes mères en consacrant davantage de temps aux femmes qui le demandent. Le rôle de la puéricultrice, présente 12h chaque jour dans le service des suites de couches, mérite d'être redéfini.

Un élément commun à chaque scénario : le service reste divisé en plusieurs unités, chacune sous la responsabilité d'un binôme auxiliaire puéricultrice-sage-femme et les chambres qualifiées « unité kangourou » sont présentes dans chaque unité. Quant à l'organisation des nuits, elle ne sera pas modifiée.

Dans le premier scénario (cf ci-dessous), le service serait composé de trois unités de 10 lits.

10 lits	10 lits	10 lits
Puer UK (7h36 - 1 matin + 1 après-midi)		
1 SF (12h)	1 SF (12h)	1 SF (12h)
1 AP (12h)	1 AP (12h)	1 AP 7h36

Schéma présentant l'organisation du service des suites de couches du GHLRRA à la suite de la mise en œuvre de la première proposition de réorganisation.

Un troisième binôme auxiliaire puéricultrice-sage-femme serait nécessaire pour cela. La puéricultrice du service des suites de couches n'est plus présente. Ce scénario n'engendre aucune dépense de personnel supplémentaire⁸⁸. Une question se pose : quelles fonctions attribuer à la puéricultrice ? Un pédiatre formule une proposition, à partir d'une observation : « dans le service, nous sommes nombreux à avoir été formés à l'allaitement. Il n'existe aujourd'hui à La Rochelle aucun accompagnement des mères qui souhaitent allaiter, en dehors des conseils prodigués lors de leur séjour dans le service des suites de couches. Il pourrait être envisagé de développer des consultations dédiées à l'accompagnement des jeunes mères, qui seraient assurées par les puéricultrices ». La faiblesse de ce projet réside dans le modèle financier qui lui est associé : les puéricultrices ne peuvent être rémunérées pour des consultations. Cela permettrait pourtant d'accompagner les jeunes mères et de

continuent jusqu'à 8h15. L'équipe de jour B réalise les transmissions avec l'équipe de nuit de 19h45 à 20h00.

⁸⁸ Les salaires d'une sage-femme et d'une puéricultrice sont équivalents ; l'équivalent temps-plein de sage-femme serait financé par la suppression de l'équivalent temps-plein de puéricultrice.

diffuser une image positive de la maternité : le retour sur investissement pourrait être positif sur le long terme.

Le deuxième scénario, présenté par le schéma suivant, repose sur la constitution de deux unités de 15 lits dans le service.

15 lits dont UK	15 lits dont UK
1 SF (12h)	1 SF (12h)
1 AP (12h)	1 AP (12h)
1 Puer SC (12h)	1 Puer UK (12h)

Schéma présentant l'organisation du service des suites de couches du GHLRRA à la suite de la mise en œuvre de la deuxième proposition de réorganisation.

Cette modalité d'organisation aurait un impact sur le temps de travail de la puéricultrice de l'UK, qui travaillerait désormais en 12h. L'équipe de puéricultrices intervenant en UK n'a pas une position unanime à ce sujet, les conditions préalables à la réalisation de ce changement ne sont donc pas réunies. Par ailleurs, l'intervention de la troisième auxiliaire-puéricultrice n'est pas prévue. Or, le poste de cet agent apparaît nécessaire, pour accompagner les mères dans la réalisation de la toilette du bébé, qui a souvent lieu le matin, puis pour assurer la distribution du déjeuner.

Enfin, un troisième scénario (cf ci-dessous) est envisageable.

15 lits dont UK	15 lits dont UK
1 SF (12h)	1 SF (12h)
1 AP (12h)	1 AP (12h)
1 AP (7h36)	
1 Puer UK (12h)	

Schéma présentant l'organisation du service des suites de couches du GHLRRA à la suite de la mise en œuvre de la deuxième proposition de réorganisation.

Cette proposition présente de nombreux avantages : neutre financièrement, elle maintient le binôme auxiliaire puéricultrice-sage-femme et serait associée au développement de consultations allaitements à destination des mères, animées par les puéricultrices (ce qui rejoint la première proposition). La réalisation de cette proposition est soumise à deux conditions complémentaires : l'investissement de la puéricultrice de l'unité kangourou dans l'ensemble du service des suites de couches et le passage en 12h de cette professionnelle.

La puéricultrice apporterait ainsi un soutien aux sages-femmes, qui accompagnent un nombre conséquent de mères et de nouveau-nés. Madame Panier, cadre supérieur sage-femme du PFE, insiste sur ce dernier élément : « une sage-femme ne peut pas prendre en charge 15 bébés et 15 mamans sans présence de la puéricultrice de l'unité kangourou. A Poitiers, pour un service de 19 lits, il y a bien 2 sages-femmes en continu, 4 auxiliaires puéricultrices le matin et 3 l'après-midi »⁸⁹.

2.2.2 L'ouverture de l'Hôpital vers la ville

La qualité des relations entre les professionnels de santé libéraux et le Groupe hospitalier constitue une des clefs de voûte du plan d'attractivité de la maternité. Il s'agit de nouer des liens de confiance avec professionnels médicaux, identifiés comme des partenaires de l'établissement et de proposer une offre de soins qui s'adapte aux besoins et aux désirs des futures mères. Le projet d'ouverture du plateau technique obstétrical aux sages-femmes libéral s'inscrit dans cette dynamique.

A) Enrichir le dialogue avec les partenaires libéraux

En 2014, le PFE a mis en œuvre une organisation novatrice, qui se développe dans de nombreux services de l'établissement : une réponse spécifique aux appels des professionnels de santé libéraux. D'une part, l'AMA transmet les appels des médecins au praticien de garde présent dans l'établissement si besoin, d'autre part, une sage-femme hospitalière répond aux appels téléphoniques des sages-femmes libérales⁹⁰. Cet outil est complété par d'autres projets.

« Mener un plan de communication c'est bien, mais il ne faut pas oublier les fondamentaux. Par exemple, un médecin de ville qui reçoit un compte-rendu d'hospitalisation un mois après l'intervention, ça ne fait pas sérieux. Surtout, en terme de suivi de la patiente, on doit mieux faire, car le médecin aura sûrement reçu la patiente entre le moment où la patiente sera sortie de l'hôpital et la réception du courrier ».

Un gynécologue-obstétricien du GHLRRA.

Ce médecin identifie certaines difficultés récurrentes des établissements publics de santé, qui ont un impact négatif sur les parcours de santé des patients et sur les liens entre les

⁸⁹ Le 17 septembre 2015, la maternité du CHU de Poitiers a organisé une inauguration des locaux rénovés au cours de laquelle Mme Panier et l'élève directrice d'hôpital ont pu questionner l'équipe sur quelques éléments d'organisation.

⁹⁰ Le « allo sage-femme » repose sur la diffusion du numéro des urgences pédiatriques aux sages-femmes libérales. Leur appel est ensuite transmis à une sage-femme hospitalière. La coordinatrice sage-femme responsable du service des suites de couche peut être amenée à répondre à ces appels.

hôpitaux et les médecins libéraux : le temps écoulé entre le moment où la personne reçoit des soins et l'envoi du compte-rendu. Au PFE du GHLRRA, du retard s'est accumulé. La réorganisation du secrétariat médical du PFE (cf ci-dessus) devrait pallier ces dysfonctionnements.

Enfin, les professionnels du PFE se sont portés volontaires pour accompagner la création de messageries sécurisées dans l'établissement. Cet outil permettrait aux professionnels d'échanger en toute sécurité des informations médicales et nominatives. En attendant le déploiement de cet outil, les échanges d'information ont lieu via les boîtes mails classiques. Cette organisation n'est pas sans risque, mais les professionnels souhaitent maintenir le lien avec leurs confrères. Par exemple, les sages-femmes libérales volontaires, à la suite d'une réunion en avril 2015, se voient envoyer les protocoles du service mis à jour par la coordinatrice sage-femme du service des suites de couches. Cette-dernière anime un groupe de travail qui réunit sages-femmes hospitalières et sages libérales autour de l'analyse de pratique. De plus, cette coordinatrice⁹¹ transmet aux sages-femmes libérales qui le souhaitent les dossiers médicaux de l'hôpital : cela permet d'anticiper l'arrivée de la parturiente. D'autres pistes sont à envisager pour promouvoir le dialogue avec les professionnels libéraux, à deux niveaux complémentaires :

- ✓ le dialogue « hôpital-partenaires libéraux » pourrait être nourri par l'élaboration, puis la diffusion d'un questionnaire de satisfaction⁹² relatif à l'accompagnement des futures mères et aux liens entretenus avec l'établissement. Ce document serait destiné aux médecins et aux sages-femmes libérales ;
- ✓ les échanges entre professionnels de santé pourraient être développés en invitant les professionnels de santé libéraux aux staffs médicaux (dans la continuité de ce qui est proposé aux sages-femmes libérales) et en proposant, une fois par an, une visite de la maternité aux professionnels nouvellement installés sur le territoire.

⁹¹ ROUTELOUS C., LAPOINTE L., VEDEL I., « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 2014, Vol. 32, n° 7-8, pp. 483-501.

⁹² Le Centre hospitalier de Niort a mené une enquête de satisfaction auprès des médecins libéraux de son territoire de santé en 2009. Monsieur Volard, Président de la Commission médicale d'établissement, s'est montré satisfait de cette démarche, qui a engagé une nouvelle dynamique entre les médecins libéraux et l'établissement.

B) L'ouverture du plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales⁹³ :
réticences, jeux d'acteurs et résistances.

La maternité du Centre Hospitalier de Rochefort-sur-Mer accueille depuis huit ans une sage-femme et ses parturientes. Le CHRM, dynamique voisin du Groupe hospitalier, a mis en œuvre ce projet de façon originale : en 2007-2008, Monsieur Dieumegard, Directeur de cet établissement, crée un groupement de coopération sanitaire (GCS)⁹⁴. Ce GCS réunit aujourd'hui dix-sept professionnels de santé, seize médecins et une sage-femme mais l'accès à d'autres sages-femmes semble compromis dans la mesure où un gynécologue-obstétricien s'y oppose. En 2007-2008, ce médecin n'était pas encore présent et cette sage-femme homme, exerçant dans l'hôpital, adhère au GCS.

« L'idée de proposer un accompagnement global aux futures mères m'est venue très tôt, alors que j'étais en deuxième année de sage-femme. Je voulais offrir autre chose que ce qui se fait en milieu hospitalier, être à l'écoute des besoins de la femme et du couple. C'est ce que les gens demandent. Les infrastructures techniques, sans écoute, les gens n'y accordent que peu d'importance. En 2007-2008, quand l'ancien chef de service de la maternité, à l'occasion du déménagement, nous a demandé de partager toutes nos idées pour améliorer l'accompagnement des femmes, il a même dit « lâchez-vous », j'ai tout de suite pensé à ça et je l'ai proposé. Cela a été accepté, par l'administration sans aucun problème, puis par les médecins, car le chef de service me connaissait et voyait la possibilité de gagner une autre patientèle. Le gain potentiel s'élève à 20, 30 patientes chaque année. Mais au-delà du nombre, c'est un plus pour l'attractivité de la maternité, car j'ai des patientes qui viennent de La Rochelle, de l'île de Ré [...] »

Monsieur Bruno Audoucet, sage-femme libéral à Rochefort

Au Groupe hospitalier, ce projet a été évoqué au cours des entretiens semi-directifs menés avec les gynécologues-obstétriciens et a suscité quelques vives réactions de rejet.

« Je vais vous dire, c'est suicidaire ! Au cours de notre carrière, nous sommes déjà suffisamment exposés aux risques. En moyenne, notre responsabilité est mise en cause devant les tribunaux deux à trois fois ! ».

Un gynécologue-obstétricien du GHLRRA

⁹³ Le cadre juridique de ce projet est proposé en fin de première partie.

⁹⁴ Un extrait de l'entretien avec Monsieur Dieumegard, Directeur du CHRM, est proposé en annexe 10.

Ce médecin fait référence aux risques médico-légaux associés au suivi d'une grossesse et d'un accouchement. « Au bout du compte, le médecin est toujours responsable » selon certains gynécologues-obstétriciens. Certes, si un problème survient, la responsabilité médico-légale est recherchée. Néanmoins, la sage-femme ayant accompagné la parturiente sera autant amenée à rendre compte de ses actes que le gynécologue-obstétricien de garde, dans le cas où ce-dernier serait intervenu. En effet, les sages-femmes assurent le suivi médical des grossesses physiologiques.

« Ce n'est pas si compliqué. Dans le code de déontologie des sages-femmes, il est écrit que la sage-femme est un professionnel référent de la grossesse physiologique, autrement dit, les grossesses normales. Si un problème se présente, le suivi passe aux gynécologues ! La sage-femme doit accepter de laisser la main à l'équipe hospitalière si la grossesse, ou l'accouchement, ne peuvent plus être qualifiés de physiologiques. Et si la sage-femme passe la main trop tard, c'est sa responsabilité ! Il faut que la sage-femme s'engage à être dans une compétence partagée. En ce qui concerne les pratiques au bloc obstétrical, il y a des textes qui s'appliquent à tous. La HAS a publié un guide méthodologique très complet⁹⁵. »

Madame Henry-Blanc, sage-femme consultante en management des risques pour la SHAM.

Les textes ne suffisent pas à rassurer les praticiens hospitaliers, surtout lorsque certains d'entre eux ont fait face à une situation critique.

« A ce sujet, j'ai plein de questions ! Et il n'y a personne pour y répondre ! Comment les sages-femmes libérales seront-elles sélectionnées ? Comment et quand doit-on intervenir ? Comment être sûr que l'on n'intervient pas trop tard ?⁹⁶ Car, il y a déjà eu un problème, très grave, et c'est moi qui ait dû l'annoncer à la maman ».

Un gynécologue-obstétricien du PFE

Cette situation s'est présentée avec une parturiente suivie par Monsieur Audoucet, qui aborde spontanément cet évènement au cours de l'entretien semi-directif.

⁹⁵http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf (consulté le 23 juin 2015)

⁹⁶ L'équipe à l'origine de ce projet au CH de Thiers fait part des « questions et commentaires [...] qui

révélaient une certaine aversion [...] : « Qui fait quoi si ça se passe mal ? », « Qui va s'occuper de la patiente si la SFL n'est pas disponible ? » [...] Il fallait absolument éviter d'assimiler cette filière spécifique à un saut dans un abîme, tant d'idées reçues que de perplexité ». NOHUZ E. et al., « Accouchement sur un plateau : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 43, n°5, p. 339.

« A Rochefort, cela n'a pas été facile au début, alors que j'y avais travaillé. Il a bien fallu deux-trois ans pour que la confiance s'installe. A La Rochelle, il y a eu un incident, j'ai dû transférer un accouchement à domicile. Cela s'est traduit par la perte de confiance des gynécologues-obstétriciens de l'hôpital. Depuis, je me suis adapté : en 2012, à la demande des gynécologues-obstétriciens de Rochefort, j'ai arrêté les accouchements programmés à domicile. »

Monsieur Bruno Audoucet, sage-femme libéral à Rochefort.

Les réticences de certains gynécologues-obstétriciens découleraient de cette expérience. En septembre, ces médecins réitérèrent leur opposition lors d'un bureau de pôle, alors que ce projet ne figure pas à l'ordre du jour : « c'est non et ce sera non » affirment-ils. Pourtant, ce projet constitue une opportunité de développer l'attractivité de la maternité : un message d'ouverture est adressé aux futures mères et aux partenaires libéraux. La maternité proposerait une pratique novatrice et s'adapterait aux besoins des futures mères. De plus, les maternités qui l'ont mis en œuvre ont constaté une hausse de 5% à 10 % du nombre d'accouchements, qu'elles attribuent à l'arrivée de cette nouvelle clientèle⁹⁷. L'ouverture du nouveau bloc obstétrical de la Clinique de l'Atlantique est prévue pour fin 2017. Cela permettrait d'anticiper l'impact de cette concurrence, traduit par une fuite potentielle de parturientes vers cet établissement neuf. Dans le cas où cette orientation stratégique serait retenue, le Groupe hospitalier bénéficierait des bonnes pratiques issues de l'expérience des autres établissements.

Tout d'abord, il est recommandé d'établir des critères de sélection des sages-femmes libérales.

« Nous avons débuté en 2008, cela fait donc sept ans. Nous réfléchissons à inclure des critères de sélection dans notre contrat. L'accouchement est un acte très technique, ne plus le pratiquer pendant des années comporte un risque. Nous avons supposé que toutes les personnes qui candidataient seraient compétentes, nous devons nous en assurer. Comme critères, nous pensons à demander le nombre d'années d'expérience au bloc obstétrical, demander si la personne a exercé en CHU ».

Madame Checchini, coordinatrice sage-femme du CH de Givors.

⁹⁷NOHUZ E. et al, « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, n°43, 2015, p. 276.

Au CH de Thiers, les sages-femmes qui n'ont pas récemment exercé en salle de naissance en établissements hospitaliers sont encouragées à le faire⁹⁸. D'autre part, il pourrait être proposé des gardes aux sages-femmes libérales volontaires⁹⁹. Une disponibilité pourrait être accordée à des sages-femmes hospitalières, sur le modèle de ce qui est pratiqué dans certaines cliniques, comme le suggère Madame Henry-Blanc : « Des cliniques emploient des sages-femmes à mi-temps, ces professionnelles sont donc bien connues des services. Le reste du temps, elles ont accès au plateau technique obstétrical ».

Ensuite, des attestations de formation sont demandées aux sages-femmes libérales, qui peuvent être invitées aux formations auxquelles participent les sages-femmes hospitalières (notamment la formation sur le rythme cardiaque fœtal). L'utilisation du matériel en salle de naissance doit être maîtrisée.

L'accès au plateau technique de la sage-femme libérale est soumis à la signature de deux documents. L'établissement établit un contrat administratif avec la sage-femme libérale¹⁰⁰. Ce document est complété par un règlement intérieur médical : les conditions d'exercice des professionnels de santé ainsi que les champs de compétence de chacun sont définis. Si la rédaction du premier document relève de la responsabilité de l'administration, l'élaboration du règlement intérieur médical revient aux médecins et sages-femmes volontaires du service, en coopération avec quelques sages-femmes libérales.

Enfin, l'évaluation des pratiques de la sage-femme libérale fait l'objet d'une attention particulière.

Au GHLRRA, un temps d'échange avec l'équipe médicale, au cours duquel l'opportunité de ce projet sera discutée et ces éléments présentés sera organisé en novembre.

⁹⁸ « Un point important subsiste : de façon à optimiser l'intervention des SF libérales au sein du plateau technique, certaines d'entre elles qui ont « quitté » la salle d'accouchement il y a plusieurs années ont effectué une remise à niveau. C'est la raison pour laquelle trois SF ont soit souhaité, soit été encouragées à venir préalablement doubler des gardes, ne serait-ce que pour des raisons pratiques (familiarisation avec le personnel, les locaux et le matériel) ». NOHUZ E. et al., « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, n°43, 2015, p. 276.

⁹⁹ Op cit.

¹⁰⁰ Une proposition de contrat administratif a été élaborée par l'élève directrice d'hôpital, elle a été validée par Monsieur Foucher et présentée au chef de service ainsi qu'à la cadre supérieure sage-femme. Ce document figure en annexe 15.

Un projet alternatif pourrait être développé : offrir la possibilité aux sages-femmes libérales d'utiliser la salle de préparation à la naissance de la maternité, sur des horaires atypiques (en semaine, de 17h à 20h ou le samedi au cours de week-end).

Le circuit envisagé, présenté dans une charte établie entre l'établissement et la sage-femme libérale, se compose des éléments suivants :

- ✓ Les futures mères accèderaient directement à la salle de préparation à la naissance, sans passer par le bureau des entrées.
- ✓ La parturiente paierait la sage-femme à la fin de la séance. Un circuit de facturation est à prévoir, notamment pour la transmission des actes à la CPAM, préalable au remboursement des patientes.
- ✓ Chaque mois, les sages-femmes adresseraient un relevé d'activité à l'établissement, ce qui permettrait la facturation de la redevance, qui s'élèverait à 10 % du montant de chaque consultation¹⁰¹.

Une séance de préparation à la naissance, comptabilisée comme une consultation, est rémunérée 16,80 €. Ainsi, si une sage-femme libérale réunit trois parturientes, elle serait rémunérée 45 €, tandis que la redevance s'élèverait à 5,40 €¹⁰². Les recettes potentielles associées à ce projet restent modestes (elles s'élèveraient à 1000 € chaque année)¹⁰³. Néanmoins, ce projet présente de nombreux avantages : l'hôpital contribue à répondre aux besoins des accompagnants des futures mamans, qui émettent le souhait de participer à ces moments. Organiser ces séances en soirée ou le samedi offre la possibilité à ces personnes d'être présentes. De plus, les futurs parents deviennent familiers des locaux de la maternité, ce qui contribue à leur recrutement. Pour finir, les sages-femmes libérales rencontreraient les médecins et sages-femmes hospitaliers plus régulièrement, ce qui contribuerait créer un lien de confiance entre les professionnels.

¹⁰¹ Complétant le décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé, l'arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique fixe le pourcentage de la redevance perçue par l'établissement public comme suit : « 10 % de la rémunération du professionnels de santé pour les consultations ; 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ; 30 % pour les autres actes pratiqués dans l'établissement de santé. Pour les actes effectués qui ne sont pas inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (CSS), il est fait application des pourcentages mentionnés ci-dessus en fonction de la nature de l'acte concerné » (source : <http://www.sante-rh.fr/print.asp?67A057873B78B9>, consulté le 3 septembre 2015).

¹⁰² Selon les calculs suivants : $16,8 \times 3 = 50,4$ € et $10\% \times (50,4) = 5,40$ €

¹⁰³ Si quatre séances (auxquelles trois parturientes participeraient) sont organisées chaque semaine, la redevance perçue par l'établissement s'élève à 20 € (puis $52 \times 20 = 1040$ €).

Conclusion

« Vous avez-dit marketing ? Marketing oui ! »¹⁰⁴

Les projets mis en œuvre depuis sept mois pour développer l'attractivité de la maternité du GHLRRA relèvent du marketing hospitalier. Tout d'abord, donner un nom à la maternité, via une consultation publique, la réunion d'un jury pluri-professionnel, l'organisation d'une journée anniversaire pour fêter les quatre ans de ce service singulier participent de la construction d'une image de marque de ce service. De plus, la maternité se distingue de l'établissement via sa visibilité sur la toile, la modernisation de la signalétique intérieure du pôle femme-enfant ainsi que la décoration du service des suites de couches, ou encore la distribution d'un « passeport grossesse » aux parturientes. Ce travail apparaît d'autant plus nécessaire que la Clinique s'appuie sur un argument simple mais efficace : « les futures mères, qui ne sont pas des patientes car elles ne sont pas « malades », peuvent choisir autre chose que l'hôpital pour accoucher, un environnement plus cosy » résume Monsieur Kucukoglu, Directeur des cliniques rochelaises détenues par le Groupe Capiro. L'hôpital ainsi exposé à la concurrence de la Clinique, bientôt ravivée par l'ouverture d'une nouvelle maternité en 2017, doit questionner l'efficacité de ses organisations et rechercher la satisfaction des futures mères pour rester attractif. Ce travail de fond constitue la deuxième partie de notre étude. Une réorganisation du traitement des dossiers administratifs et du secrétariat de gynécologie-obstétrique a permis d'améliorer le front-office et le back-office de ce service, autrement dit de fluidifier le parcours des futures mères lors de leur suivi de grossesse (via, notamment, la réduction du temps d'attente au bureau des entrées et l'envoi des courriers aux médecins libéraux dans des temps raisonnables). Ces changements pourraient être prolongés par l'étude d'autres organisations, qui reposent sur des habitudes et des représentations. Ainsi, la coordinatrice du service des suites de couches orchestrera une réflexion collective en novembre pour interroger l'opportunité de revoir les modalités d'accompagnement des mères et des nouveau-nés et rechercher leur individualisation. Les sorties précoces des mères de nouveau-nés bien portant qui en font la demande pourraient être mieux anticipées. Par ailleurs, un projet permettrait de répondre aux besoins émergents des futures mères et aux recommandations de la HAS : offrir la possibilité aux sages-femmes libérales d'accompagner les parturientes sur l'ensemble de leur grossesse, y compris lors de l'accouchement. Concrètement, cela amènerait les sages-femmes libérales à utiliser le plateau technique obstétrical de la maternité et à devenir des collaboratrices

¹⁰⁴ GALLOPEL-MORVAN K., CRIE D., « Vous avez dit marketing ? Oui, marketing ! », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 358-560

occasionnelles des équipes hospitalières. En résumé, l'ouverture du plateau technique obstétrical « [étofferait] l'offre de santé [du GHLRRA]. Les couples [y puisent les soins auxquels ils aspirent. [...] C'est une opportunité économiquement efficiente pour le pôle mère-enfant qui [bénéficierait] d'une croissance [ou du maintien] de son activité obstétricale sans création de postes supplémentaires »¹⁰⁵. Certains pédiatres et certains gynécologues-obstétriciens ont rejeté ces deux dernières suggestions – les sorties précoces et l'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales – évoquant les risques associés à ces pratiques. Pourtant, celles-ci font l'objet de recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS, bénéficient d'un cadre juridique complet et sont développées dans des établissements de taille similaire. Envisager ces changements nécessite de se projeter sur le long terme : les praticiens expliquent avoir adopté des pratiques qui leur permettent de s'adapter à leur environnement, changer ces pratiques sans modifier leur contexte suscite des réactions de rejet. Encore faut-il analyser la façon dont les acteurs perçoivent leur environnement et les éléments qui nourrissent leurs représentations. Le temps du dialogue n'est autre que celui de la rencontre de plusieurs argumentaires¹⁰⁶ et de systèmes de valeurs différents. C'est pourquoi « [la] réussite d'une telle entreprise fait appel à des concessions réciproques et passe par une reconfiguration des esprits, bien plus que des services »¹⁰⁷. Pour mener ce travail, un leitmotiv : « Le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté », emprunté à Alain, dans *Propos sur le bonheur*.

¹⁰⁵ NOHUZ E. et al, « Accouchement sur un plateau : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 43, n°5, p. 340.

¹⁰⁶ Selon l'étymologie de ce mot, hérité du grec ancien dia-logos : « dia », préfixe signifiant « deux » et « logos », synonyme de logique, autrement dit, construction d'un argumentaire.

¹⁰⁷ NOHUZ E., BRUNEL A., TARRAGA E., ALBAUT M., PAGANELLI C., et al., « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 43, p. 277

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

PARLEMENT. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, n°185 du 11 août 2004 page 14277. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id> (consulté le 25 mai 2015).

PARLEMENT. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (consulté le 15 mars 2015).

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, n°235 du 10 octobre 1998 page 15344. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id> (consulté le 24 mars 2015).

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé. Journal officiel, n°0075 du 30 mars 2011 page 5535. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023781936&categorieLien=id> (consulté le 15 mars 2015).

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0298 du 26 décembre 2014. Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029958604&categorieLien=id> (consulté le 16 mars 2015).

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique. Journal officiel, n°0075 du 30 mars 2011 page 5536. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/3/28/ETSH1021073A/jo> (consulté le 22 mars 2015).

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Instruction n° DGOS/RH4/2015/237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé. Disponible sur internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39844.pdf (consulté le 25 avril 2015).

Code de la santé publique, notamment les articles :

- D6124-44, L6112-4, L6146-2, R6146-17 à R6146-24.
- Et R.4127-301 à R.4127 367 (Code de déontologie des sages-femmes libérales).

Ouvrages :

NOBRE T. (dir.), *L'innovation managériale à l'hôpital*, 2013, Paris, Dunod Editions, 299 pages.

ALAIN, *Propos sur le bonheur*, 1928, Paris, Editions Gallimard, 94 pages.

Articles :

BOINET S., « Un outil de pilotage pour les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 370-373

CANASSE S., « Comment rendre l'hôpital attractif ? », *Carnets de santé*, mai-juin 2009, n°528, pp. 14-17, disponible sur :

http://www.carnetsdesante.fr/IMG/pdf_Hopital_attractif_Cochin.pdf (consulté le 23 juillet 2015)

COLLIN A., DEMANET Q., PAUL E., « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, mars 2015, n°544, pp.168-173

CRIE D., « Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 361-364

GALLOPEL-MORVAN K., CRIE D., « Vous avez dit marketing ? Oui, marketing ! », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 358-560

GIRAULT Y., GAISNE REUZE C., « Les transmissions ciblées », *Objectif soins*, n°191, 2010/12 pp 29-31.

HEYM R., « L'attractivité, un enjeu marketing », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 377-379

MARCHAND M.-C. et al., « « Initiative Hôpitaux amis des bébés » : pour la qualité des soins en maternité », *La santé de l'homme*, n°408, juillet-août 2010, pp. 32-33

NOHUZ E., TARRAGA E., ALBAUT M., DE SIMONE L., GERBAUD, L., « Accouchement sur un plateau : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 43, n°5, pp. 338-341

NOHUZ E., et al., « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 43, n°4, pp. 271-277

PERROT-EGRET V., « La stratégie de marque. Acte fondateur d'Uni-cancer », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 374-376

ROUTELOUS C., LAPOINTE L., VEDEL I., « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 2014, Vol. 32, n° 7-8, pp. 483-501.

SCHLUMBOHM J., « Comment l'obstétrique est devenue une science. La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830 », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2002/3 n° 143, pp. 18-30.

EHESP – « Développer l'attractivité de la maternité du GHLRRA : un défi à relever en associant les professionnels » – Hélène GENDREAU 57

SCHNEIDER F., « Médias sociaux et communication digitale », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 380-384

SZEJER M., « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance », *Informations sociales*, 2006/4, n°132, pp. 54-63

TARDIF L., LOUAZEL M., « Projet d'établissement et marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2015, n°547, pp. 365-369

Rapports :

COUR DES COMPTES, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, 117 pages.

COUR DES COMPTES, « Les maternités, cahier 2 : analyse régionales », décembre 2014, 80 pages.

COUR DES COMPTES, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », 25 pages.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Dossier « Quelles perspectives pour la démographie médicale ? » 2010, 77 pages, disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF (consulté le 18 septembre 2015)

Agence régionale de santé Poitou-Charentes, *STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) 2014*, disponible sur :

http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/statiss2014_version_definitive.pdf

(consulté le 30 août 2015), 40 pages

Publication de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

« Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance », Guide méthodologique, mars 2014, disponible sur :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf)

[03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf) (consulté le 23 juin 2015), 35 pages.

« Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) » (novembre 2005), disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

(consulté pour la première fois le 20 avril 2015), 79 pages.

« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (mai 2007), disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

(consulté pour la première fois le 21 avril 2015), 42 pages.

« Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (mars 2014), disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

(consulté pour la première fois le 30 juin 2015), 4 pages.

« Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (mars 2014), disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf

(consulté pour la première fois le 30 juin 2015), 23 pages.

Thèses et mémoires :

BLAIS M., « Mise en place du retour à domicile précoce au CHD de la Roche sur Yon », 2007, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Nantes, Faculté de médecine.

FREYCHET C., « Ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Quel est l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du RPAI ? Enquête transversale déclarative », 2013, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Université Joseph Fourier, UFR de médecine de Grenoble, Département de maïeutique.

HASTOY, A., « Burnout en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier », 2013, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, médecine spécialisée clinique, Université Toulouse III, Paul Sabatier, Facultés de médecine.

EHESP – « Développer l'attractivité de la maternité du GHLRRA : un défi à relever en associant les professionnels » – Hélène GENDREAU 59

LAFONT B., « Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques », 2010, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de sages-femmes, Université Claude Bernard, Lyon I.

Communiqué de presse :

COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME, « Communiqué de presse du Greffier de la Cour au sujet de l'arrêt de chambre rendu le 11.12.2014 à l'égard des requêtes n°28859/11 et 28473/12 », décembre 2014, disponible en fichier : hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-4961... (consulté le 20 juin 2015).

Sites Internet :

- <http://www.ariegenews.com/news-6167.html> (consulté le 22 avril 2015)
- http://www.chu-caen.fr/docservice.php?id_service=163&typeserv=1 (consulté le 16 juin 2015)
- http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0501R (consulté le 13 mai 2015)
- Le Monde, 29.10.2013 ; « Des sages-femmes et des parents jugent l'accouchement à domicile menacé » Mathilde Damgé – article disponible sur LeMonde.fr (consulté le 20 mai 2015)
- <http://www.sante-rh.fr/print.asp?67A057873B78B9> (consulté le 29 septembre 2015).

Dépêches APM et Hospimedia :

APM, « Prêdo : satisfecit de la Cnamts sur des premiers résultats encourageants », 26 juin 2015.

APM, « Capio ouvre une clinique à Bayonne, regroupant trois établissements », 10 août 2015

Hospimedia, « La classification commune des actes médicaux s'ouvre aux sages-femmes au 1er janvier 2016 », Pia Hémerly, le 25.08.2015, (articles/20150825-offre-de-soins-la-classification-commune-des-actes) (consulté le 25 août 2015).

Liste des annexes

Annexe 1 : Le GHLLRA, une brève présentation

Annexe 2 : Les maternités en France, une offre diversifiée et hiérarchisée

Annexe 3: Les recettes des maternités

Annexe 4 : Informations financières relatives au pôle femme-enfant du GHLRRA en 2013 et en 2014

Annexe 5 : Les cantons du département de Charente-Maritime (17) et leurs communes

Annexe 6 : Les destinations des patientes originaires des cantons de Charente-Maritime en 2010, 2011, 2012 et 2013

Annexe 7 : Le nombre de pédiatres ayant une activité libérale en Poitou-Charentes au 1er janvier 2014.

Annexe 8 : La liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire.

Annexe 9 : La grille de questions élaborée pour préparer les entretiens avec les médecins.

Annexe 10 : Un extrait de l'entretien semi-directif de Monsieur Dieumegard, Directeur du Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer

Annexe 11 : Le règlement intérieur de la participation citoyenne

Annexe 12 : Les trois noms retenus pas le jury le 14 septembre 2015

Annexe 13 : La durée moyenne de séjour (DMS) pour les principaux groupes homogènes de malades des services d'obstétrique en Poitou-Charentes en 2014

Annexe 14 : L'organisation les temps de travail dans le service des suites de couches du GHLRRA (30 lits + 4 lits d'unité kangourou)

Annexe 15 : Une proposition de convention administrative, établie entre une sage-femme libérale et le GHLRRA

Annexe 1 : Le GHLLRA, une brève présentation

Etablissement de recours pour le territoire nord de la Charente-Maritime, le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis s'organise aujourd'hui autour de cinq sites. Le site de Saint-Louis, en centre-ville de La Rochelle, réunit les principales activités de médecine-chirurgie et obstétrique (MCO) (687 lits et places), tandis que l'Hôpital Marius Lacroix (436 lits et places), au nord de la ville, héberge les activités de psychiatrie. Par ailleurs, le Groupe hospitalier a développé des activités médico-sociales, au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (plus de 300 places), des centres de Soins de Suites et de Réadaptation (plus de 80 places), de l'Etablissement de Soins et d'Aide par le Travail ou de la Maison d'Accueil Spécialisée (25 places). Ainsi, en 2014, le Groupe hospitalier compte 1729 lits et places, plus de 118 000 entrées et plus de 535 000 journées et séances d'hospitalisation.

Les données suivantes sont extraites du rapport d'activité pour l'année 2014, finalisé en septembre 2015.

L'année 2014 a enregistré une légère hausse de l'activité par rapport à l'année 2013.

	DONNÉES PMSI	2013	2014	ÉCART VALEUR	ÉCART %
ACTIVITÉ	Séjours médicaux	28 991	28 621	- 370	- 1,28 %
	Séjours chirurgicaux	12 363	12 932	569	+ 4,60 %
	Séjours obstétriques	2 889	2 952	63	+ 2,18 %
	Séances PMSI	27 045	27 316	271	+ 1,00 %
	TOTAL	71 288	71 821	533	+ 0,75 %

Plus de 90 % des patients sont originaire de la Charente-Maritime, 4 % des départements limitrophes (la Vendée, les Deux-Sèvres et la Charente), 6% des autres départements.

PERSONNELS

Personnel médical Source Bilan Social 31/12/2014	en ETPR	en N^{bre} d'agents
Praticiens Hospitaliers	207,62	213
Assistants des Hôpitaux	21,08	23
Praticiens Hosp. tps partiel	14,94	25
Praticiens attachés	6,82	40
TOTAL hors internes	250,46	301
Internes	92	96
TOTAL avec internes	342,46	397

PERSONNELS

Personnel non médical Source Bilan Social 31/12/2014	en ETPR	en N^{bre} d'agents
Direction et Administratifs	396,57	411
Médico-Techniques	117,03	127
Techniques et Ouvriers	329,18	333
Éducatifs et sociaux	82,01	89
Soignants	2 528,87	2 644
Autres (Apprentis CAE CUI)	37,57	56
TOTAL	3 491,21	3 660

Dépenses d'exploitation du budget général, en euros

BUDGET

Frais de Personnel	168 553 421,26
Dépenses à caractère médical	54 879 646,33
Dépenses hôtelières et générales	36 204 272,11
Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	21 468 675,49
TOTAL	281 106 015,19

Dépenses d'exploitation du budget général, en euros

BUDGET

Frais de Personnel	168 553 421,26
Dépenses à caractère médical	54 879 646,33
Dépenses hôtelières et générales	36 204 272,11
Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	21 468 675,49
TOTAL	281 106 015,19

Dépenses des autres budgets d'exploitation, en euros

BUDGET

Budget général	281 106 015,19
Autres budgets	
> EHPAD La Rochelle	6 799 595,11
> EHPAD St-Martin-de-Ré	6 583 449,42
> USLD	5 199 378,75
> INSTITUTS DE FORMATION	2 493 427,11
> CAMSP	179 980,77
> MAS	1 781 805,50
> CSAPA	292 603,41
> ESAT (ateliers)	1 184 136,99
> ESAT (foyer)	2 309 499,22
> ESAT (production)	1 339 334,40
> Dotation non affectée	2 200,87

Dépenses d'investissement, en euros

BUDGET

Remboursement de la dette	3 548 585,95
Immobilisations	17 275 634,24
Autres emplois	3 682,90
TOTAL	20 827 903,09

Annexe 2 : Les maternités en France, une offre diversifiée et hiérarchisée

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Types de grossesses	Types de nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture
II-A	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs
II-B	Unité d'obstétrique associée et de néonatalogie avec soins intensifs		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

« Un premier texte a organisé la médecine obstétricale et périnatale en fonction des niveaux de soins à apporter aux nourrissons. Cette règle conduit à la définition de trois types de maternités selon leur environnement pédiatrique : les maternités de type I accueillent les grossesses sans problème identifié ; celles de type II disposent d'un service de néonatalogie (pour celles relevant de la catégorie II A, incluant en outre un service de soins intensifs pour celles relevant de la catégorie II B) sur le même site que le service d'obstétrique ; celles de type III, destinées à prendre en charge les grossesses « à risque », disposent d'un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie.

Un seuil minimal d'activité est défini : les petites maternités réalisant moins de 300 accouchements par an ne peuvent se voir accorder l'autorisation de pratiquer l'obstétrique qu'« à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ».

Une organisation en réseau des établissements est préconisée dans le but de permettre aux parturientes d'accoucher dans la maternité la plus adaptée au niveau de risque associé à leur grossesse, les établissements étant liés entre eux par des conventions. Ces réseaux de santé en périnatalité permettent l'identification des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant en cours de grossesse, et leur orientation (autant que possible in utero pour l'enfant) vers une structure adaptée aux besoins estimés de l'enfant.

Un second décret définit les normes minimales de sécurité (s'appliquant à l'ensemble des maternités quel que soit leur statut juridique) concernant le personnel médical (médecins et sages-femmes) et les locaux des sites d'obstétrique. Pour les médecins, elles portent sur les conditions de fonctionnement de la permanence des soins qui exigent la présence de médecins ou leur disponibilité sous astreinte selon des règles variant avec le niveau d'activité de l'établissement. Pour les sages-femmes et le personnel paramédical, les effectifs requis sont fixés également en fonction du nombre de naissances annuel de la structure de soins. Enfin, des règles sont établies en matière d'organisation des locaux, précisant le nombre de lits et les conditions de fonctionnement du secteur d'accueil et du secteur de naissance.

La plupart des pays européens ont mis en place comme en France une classification en trois niveaux de soins [...] »¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p.20.

Annexe 3 : Les recettes des maternités¹⁰⁹

« Toute naissance fait l'objet de deux tarifications distinctes, l'une pour l'accouchement stricto sensu et l'hospitalisation de la mère (CMD 14), la seconde pour l'hospitalisation du nouveau-né (CMD 15).

Une naissance « normale » associée à une durée de séjour moyenne se compose de deux éléments (le « couple mère-enfant ») : le « groupe homogène de séjour » (GHS) 5490 (accouchement unique par voie basse chez une primipare sans complication significative), facturé dans un établissement public 2 435 euros et le GHS 5 903 (nouveau-né de 3 300 g et 40 semaines d'aménorrhée sans problème significatif), facturé 921 euros.

La structure des tarifs (CMD et GHS) est [...] identique dans les établissements publics (et privés à but non lucratif) et dans les établissements privés à but lucratif. Le niveau de la tarification est toutefois inférieur dans le second cas dans la mesure où les honoraires des médecins sont pris en compte de façon distincte.

Par ailleurs, les maternités bénéficient de crédits du fonds d'intervention régional (FIR) visant à financer la permanence des soins, [...] d'aides de l'ARS versées [...] dans le cadre de programmes d'investissement ou de plans de retour à l'équilibre. Au titre de missions spécifiques différentes dotations forfaitaires¹¹⁰, peuvent [...] leur être attribuées.

Elles bénéficient enfin des contributions versées par les patients, le supplément chambre particulière, [...] devenant un véritable accessoire de tarification qui contribue souvent de façon significative à la couverture des coûts. L'AH-HP a généralisé la facturation de la chambre individuelle à compter de juin 2011 (45 € par jour) et a obtenu par ce biais 3,2 M€ en 2012 [Au cours du premier trimestre 2015, le PFE du GHLRRA a ainsi obtenu 210 000 €].

Une refonte des tarifs des CMD 14 et 15 a cependant été mise en œuvre en 2012. Dans la nouvelle classification, les CMD 14 et 15 ont été décomposées selon un niveau de détail significativement plus important, conduisant à la revalorisation des actes les plus complexes opérés par les maternités de types II et III ».

¹⁰⁹ Cour des comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », décembre 2014, p. 82.

¹¹⁰ « les maternités peuvent bénéficier de dotations au titre des missions d'intérêt général (MIG) en raison de la présence de psychologues, de missions de permanence d'accès aux soins de santé, précarité, lactariums, assistance médicale à la procréation ou au titre de missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en raison de la présence de centres de diagnostic prénataux, de diagnostic préimplantatoire ou de centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson » source : op. cit. Le GHLRRA ne bénéficie pas de ces recettes, qui sont souvent associées à des maternités de niveau III (activités de recherche, dans des CHU). p. 82.

Annexe 4 : Informations financières relatives au pôle femme-enfant du GHLRRA en 2013 et en 2014

Résultat financier 2014 - Maternité

Compte	Intitulé	2013	2014
IMPUTATIONS DIRECTES			
<i>Titre 1 : Dépenses de personnel</i>			
	Personnel médical	100 892,07	102 541,37
	Personnel non médical	1 454 857,51	1 484 463,05
Total Titre 1		1 555 749,58	1 587 004,42
<i>Titre 2 : Dépenses médicales</i>			
9421	Produit pharmaceutique et à usage médical	82 949,90	86 293,00
9422	Produits finis et petit matériel médical		
Total Titre 2		82 949,90	86 293,00
<i>Titre 3 : Dépenses hôtelières et générales</i>			
Total Titre 3		69 153,10	66 260,67
<i>Titre 4 : Amortissements</i>			
68112542	Amortissement du matériel médical	211 898,42	212 858,00
Total Titre 4		211 898,42	212 858,00
Sous-total Charges brutes		1 919 751,00	1 952 416,09
Crédits non reconductibles			
TOTAL Charges brutes		1 919 751,00	1 952 416,09
<i>Recettes en atténuation</i>			
7474	F.E.H Formation		
7541	professionnelle	5 257,63	3 583,44
7548	Autres remboursements de frais	2 274,41	
772881	Recettes diverses ex. antérieur		
Total Recettes en atténuation		7 532,04	3 583,44
TOTAL		1 912 218,96	1 948 832,65

Annexe 5 : Les cantons du département de Charente-Maritime (17)

AIGREFEUILLE

AIGREFEUILLE-D'AUNIS

AYTRE

ANGOULINS

AYTRE

CHATELAILLON-PLAGE

COURCON

SAINT-JEAN-DE-LIVERSAY

VERINES

DP

DOMPIERRE-SUR-MER

PERIGNY

EMPX

PUILBOREAU

LE DE RE

LA FLOTTE

LE BOIS-PLAGE-EN-RE

RIVEDOUX-PLAGE

SAINTE-MARIE-DE-RE

SAINT-MARTIN-DE-RE

JONZAC

ARCHIAC

JONZAC

MIRAMBEAU

MONTENDRE

MONTGUYON

MONTLIEU-LA-GARDE

SAINT-AIGULIN

SAINT-GENIS-DE-SAINTONGE

LA JARRIE

SAINTE-SOULLE

LA ROCHELLE

LA TREMBLADE
LE CHATEAU-
D'OLERON

LES MATHES

MARENNES

SAINT-GEORGES-D'OLERON

SAINT-PIERRE-D'OLERON

SAINT-TROJAN-LES-BAINS

ETAULES

ROYAN

ROYAN

SAINT-GEORGES-DE-DIDONNE

SAINT-PALAIS-SUR-
MER

VAUX-SUR-MER

RTCSA

BREUIL-MAGNE

ECHILLAIS
PORT-DES-
BARQUES

ROCHEFORT

SOUBISE

TONNAY-
CHARENTE

SAINT JEAN D'Y

AULNAY
BEAUVAIS-SUR-
MATHA

BURIE

LOULAY

MATHA

NERE

SAINT-JEAN-
D'ANGELY

SAINT-SAVINIEN
TONNAY-
BOUTONNE

SAINTE

CHANIERS

GEMOZAC

LA ROCHELLE

LLN

LAGORD

NIEUL-SUR-MER

MARANS

MARANS

OLTM

ARVERT

BOURCEFRANC-LE-CHAPUS

CHAILLEVETTE

DOLUS-D'OLERON

MESCHERS-SUR-GIRONDE

PONS

PONT-L'ABBE-D'ARNOULT

SAINTES

SAINT-GEORGES-DES-
COTEAUX

SAUJON

SEMUSSAC

THENAC

SURGERES

SURGERES

Annexe 6 : Les destinations des patientes originaires des cantons de Charente-Maritime en 2010, 2011, 2012 et 2013

Source : données PMSI extraites par Madame Bergeal, médecin DIM au GHLRRA

1- GHM : accouchement par voie basse sans complication

Accmts 2010	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. POIT		Total général
AIGREFEUILLE	75	48%	25	16%	54	35%	1	1%	156
AYTRE	89	63%	1	1%	51	36%		0%	141
COURCON	139	59%	5	2%	74	32%	2	1%	234
DP	48	59%	1	1%	31	38%		0%	81
EMPX	50	57%	2	2%	35	40%		0%	87
ILE DE RE	34	44%		0%	43	56%		0%	77
LA JARRIE	124	58%	2	1%	81	38%	2	1%	213
LA ROCHELLE	438	69%	4	1%	192	30%	2	0%	637
LLN	86	59%		0%	57	39%	3	2%	147
MARANS	85	67%		0%	40	31%		0%	127
OLTM	5	3%	97	55%	3	2%		0%	176
RTCSA	22	4%	423	85%	19	4%	3	1%	499
SURGERES	43	28%	23	15%	27	18%	2	1%	153
Total général	1238	45%	583	21%	707	26%	15	1%	2728

Accmts 2011	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. POITIERS	DE	Total général
AIGREFEUILLE	72	53%	24	18%	36	27%		0%	135
AYTRE	86	66%	5	4%	40	31%		0%	131
COURCON	136	61%	3	1%	74	33%		0%	223
DP	48	61%	1	1%	30	38%		0%	79
EMPX	37	62%		0%	23	38%		0%	60
ILE DE RE	37	56%		0%	28	42%	1	2%	66
LA JARRIE	117	64%	4	2%	62	34%	1	1%	184
LA ROCHELLE	377	66%	2	0%	190	33%	3	1%	574
LLN	85	63%	1	1%	47	35%		0%	135
MARANS	72	57%		0%	52	41%	2	2%	126
OLTM	5	2%	102	49%	3	1%	1	0%	209
RTCSA	20	4%	469	88%	22	4%	2	0%	535
SURGERES	42	28%	39	26%	21	14%	1	1%	148
Total général	1134	44%	650	25%	628	24%	11	0%	2605

Accmts 2012	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. POITIERS	DE	Total général
AIGREFEUILLE	66	44%	45	30%	35	23%	1	1%	149
AYTRE	89	65%	8	6%	39	29%		0%	136
COURCON	155	66%	5	2%	70	30%	1	0%	236
DP	63	70%		0%	27	30%		0%	90
EMPX	53	68%		0%	25	32%		0%	78
ILE DE RE	45	60%		0%	28	37%	2	3%	75
LA JARRIE	119	61%	8	4%	67	34%	1	1%	195
LA ROCHELLE	371	71%	4	1%	138	27%	1	0%	520
LLN	89	68%	2	2%	39	30%		0%	130
MARANS	85	61%	3	2%	48	35%	2	1%	139
OLTM	7	4%	124	62%	2	1%	1	1%	199
RTCSA	22	4%	462	88%	19	4%	2	0%	524
SURGERES	43	29%	64	43%	14	9%		0%	148
Total général	1207	46%	725	28%	551	21%	11	0%	2619

Accmts 2013	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. POITIERS	DE	Total général
AIGREFEUILLE	54	45%	40	33%	27	22%		0%	121
AYTRE	87	69%	5	4%	33	26%	2	2%	127
COURCON	153	70%	3	1%	58	26%	2	1%	219
DP	95	74%	3	2%	28	22%	1	1%	128
EMPX	47	76%		0%	15	24%		0%	62
ILE DE RE	49	69%	1	1%	21	30%		0%	71
LA JARRIE	155	73%	9	4%	48	23%		0%	213
LA ROCHELLE	429	77%	5	1%	112	20%	4	1%	554
LLN	75	62%	1	1%	45	37%		0%	121
MARANS	90	72%		0%	34	27%	1	1%	125
OLTM	8	4%	110	60%	3	2%	1	1%	182
RTCSA	15	3%	437	89%	12	2%	3	1%	491
SURGERES	39	31%	56	44%	8	6%	2	2%	127
Total général	1296	51%	670	26%	444	17%	16	1%	2541

2- GHM regroupant l'activité d'obstétrique

2010	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. DE POITIERS		Total général
AIGREFEUILLE	30	48%	14	22%	15	24%	3	5%	63
AYTRE	40	69%	2	3%	13	22%	2	3%	58
COURCON	58	66%		0%	25	28%	4	5%	88
DP	29	78%		0%	7	19%	1	3%	37
EMPX	20	74%		0%	3	11%	4	15%	27
ILE DE RE	25	74%		0%	9	26%		0%	34
LA JARRIE	49	73%		0%	16	24%	1	1%	67
LA ROCHELLE	196	78%	1	0%	40	16%	12	5%	251
LLN	27	57%	2	4%	14	30%	4	9%	47
MARANS	27	68%		0%	12	30%	1	3%	40
OLTM	6	6%	46	48%	1	1%	4	4%	95
RTCSA	17	6%	234	84%	9	3%	9	3%	277
SURGERES	23	46%	9	18%	2	4%	2	4%	50
Total général	547	48%	308	27%	166	15%	47	4%	1134

2011	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. DE POITIERS		Total général
AIGREFEUILLE	23	45%	16	31%	8	16%	1	2%	51
AYTRE	36	75%		0%	12	25%		0%	48
COURCON	58	66%	4	5%	23	26%	2	2%	88
DP	19	76%		0%	6	24%		0%	25
EMPX	25	76%		0%	3	9%	3	9%	33
ILE DE RE	18	64%		0%	9	32%		0%	28
LA JARRIE	51	73%	2	3%	14	20%	3	4%	70
LA ROCHELLE	196	78%	3	1%	37	15%	11	4%	250
LLN	32	70%		0%	13	28%	1	2%	46
MARANS	28	62%		0%	14	31%	3	7%	45
OLTM	1	1%	49	51%		0%	4	4%	97
RTCSA	14	5%	253	84%	5	2%	22	7%	302
SURGERES	23	38%	16	27%	3	5%	1	2%	60
Total général	524	46%	343	30%	147	13%	51	4%	1143

2012	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. DE POITIERS		Total général
AIGREFEUILLE	22	55%	13	33%	4	10%	1	3%	40
AYTRE	27	68%	2	5%	10	25%	1	3%	40
COURCON	45	68%	2	3%	13	20%	3	5%	66
DP	21	78%		0%	6	22%		0%	27
EMPX	25	86%		0%	3	10%	1	3%	29
ILE DE RE	17	68%		0%	7	28%	1	4%	25
LA JARRIE	46	72%	2	3%	15	23%		0%	64
LA ROCHELLE	171	83%	2	1%	26	13%	5	2%	205
LLN	36	72%		0%	12	24%	2	4%	50
MARANS	34	69%		0%	15	31%		0%	49
OLTM	3	4%	48	58%		0%	3	4%	83
RTCSA	10	5%	163	82%	2	1%	15	8%	200
SURGERES	15	38%	17	43%	2	5%		0%	40
Total général	472	51%	249	27%	115	13%	32	3%	918

2013	GHLRRA		CHRM		SA MAIL		C.H.U. DE POITIERS		Total général
AIGREFEUILLE	29	59%	10	20%	8	16%	2	4%	49
AYTRE	23	56%	3	7%	13	32%	2	5%	41
COURCON	53	73%	3	4%	14	19%	2	3%	73
DP	22	69%		0%	9	28%	1	3%	32
EMPX	19	68%		0%	6	21%	3	11%	28
ILE DE RE	15	79%	1	5%	3	16%		0%	19
LA JARRIE	38	58%	7	11%	12	18%	8	12%	65
LA ROCHELLE	191	80%	3	1%	36	15%	6	3%	238
LLN	28	80%		0%	5	14%	1	3%	35
MARANS	33	66%		0%	14	28%	3	6%	50
OLTM	2	3%	42	67%		0%	3	5%	63
RTCSA	4	2%	184	84%	4	2%	8	4%	219
SURGERES	11	21%	23	43%	4	8%	4	8%	53
Total général	468	48%	276	29%	128	13%	43	4%	965

Annexe 7 : Les professionnels de santé ayant une activité libérale ou mixte en Poitou-Charentes au 1er janvier 2014.

Extraction des données issues des STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) pour l'année 2014, publiées le 30 avril 2015, disponible sur : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/statiss2014_version_definitive.pdf (consulté le 30 août 2015)

1- Professionnels ayant une activité libérale ou mixte en Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2014 :

	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Viennes
Pédiatres	44	8	18	4	14
Médecins généralistes	1918	344	770	333	471
Gynécologues-obstétriciens	50	7	18	11	14

NB : Nombre de sages-femmes dans les établissements de soins publics en Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2014 :

Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Viennes
294	44	103	52	93

Annexe 8 : La liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire.

1- Au sein du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis :

Madame Catherine Anguill	Gynécologue-obstétricienne
Monsieur Jean-Sébastien Aucouturier	Gynécologue-obstétricien
Madame Viviane Bauer	Gynécologue-obstétricienne
Monsieur Boffard	Directeur adjoint, directeur des pôles et des activités de MCO jusqu'en septembre 2014
Monsieur Laurent Faugère	Directeur adjoint, directeur des affaires médicales
Monsieur Philippe Ferry	Gynécologue-obstétricien, Chef de pôle du pôle femme-enfant
Madame Stéphanie Kisseleff	Sage-femme coordinatrice des suites de couches
Madame Hélène Le Borgne	Gynécologue-obstétricienne
Madame Valérie Panier	Cadre supérieur sage-femme, Pôle femme-enfant
Monsieur Alain Michel	Directeur
Monsieur Yannick Thirouard	Gynécologue-obstétricien Chef de service de la maternité

2- Personnes extérieures au GHLRRA :

Madame Caroline Alberque	Médecin coordinateur, Agence régionale de Santé de Poitou- Charentes
Monsieur Bruno Audoucet	Sage-femme libéral exerçant sur le territoire de Rochefort et ses environs
Madame Véronique Baudet	Coordinatrice sage-femme CH du Chinonais
Madame Marie-France Bouthet	Coordinatrice générale et médicale Réseau Périnatal Poitou-Charentes
Madame Brigitte Checchini	Coordinatrice sage-femme, CH de Givors
Madame Claire Dekindt	Gynécologue-obstétricienne, Chef de pôle, PFE, CH de Niort
Madame Edwige Delheure	Déléguée territoriale du territoire nord de la Charente-Maritime, Agence régionale de Santé de Poitou- Charentes
Monsieur Pierrick Dieumegard	Directeur, Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer
Madame Marianne Henry-Blanc	Sage-femme consultante en management des risques pour la SHAM
Madame Isabelle Jean	Cadre supérieur sage-femme, Pôle femme-enfant du CH de Niort
Monsieur Yilidiray Kucukoglu	Directeur Général, Clinique du Mail et Clinique de l'Atlantique, Groupe Capio

Madame Lydia Lacour	Responsable de la formation des attachées d'administration hospitalière à l'EHESP depuis janvier 2015 et ancienne Directrice de la communication de l'Hôpital Robert Debré, AP-HP
Madame Annie Letardif	Cadre supérieur sage-femme, CHU de Caen
Monsieur Louazel	Enseignant chercheur, Institut du Management, EHESP
Monsieur Ngo	Médecin DIM, Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer
Madame Paganelli	Cadre sage-femme, CH de Thiers
Monsieur Fabrice Prigneau	Directeur adjoint, Directeur des affaires financières Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer
Madame San Martin	Directrice adjointe en charge des ressources humaines et des affaires médicales, Centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège
Monsieur Villemonteix	Gynécologue-obstétricien, Président du réseau Périnatal Poitou-Charentes
Monsieur Philippe Volard	Médecin urgentiste, Président de la CME du CH de Niort

Annexe 9 : La grille de questions élaborée pour préparer les entretiens avec les médecins.

1- Brève présentation de l'élève directrice d'hôpital

2- Questions relatives à la carrière du médecin :

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ?

Avez-vous connu l'ancienne maternité ?

Depuis combien de temps travaillez-vous au GHLRRA ?

3- Question relative à la symbolique :

Pour vous, qu'est-ce que « l'attractivité » d'un service hospitalier ?

4- Questions relatives aux modalités de fonctionnement au quotidien :

Existent-ils des éléments à promouvoir pour développer l'attractivité de la maternité ? Pour les parturientes et pour les professionnels de santé ?

Quels sont-ils et comment les promouvoir ?

Existent-ils des éléments qui constituent des freins pour développer l'attractivité de la maternité ?

Lesquels ? Pour les parturientes et pour les professionnels de santé ?

Que faire pour les lever ? les réduire ?

5- Questions relatives aux pistes de travail développées dans d'autres établissements :

Des établissements de taille similaire ont développé des nouveaux modes de prise en charge des patientes via : les sorties précoces et ou l'accès au plateau technique des sages-femmes libérales :

Que pensez-vous de chacun de ces dispositifs ?

Quelles seraient les conditions à réunir pour les développer au sein de la maternité du GHLRRA ?

Connaissez-vous le label « initiative hôpital ami des bébés » ?

Connaissez-vous d'autres initiatives ?

6- Conclusion :

Avez-vous une information que vous souhaiteriez communiquer, qui soit en rapport avec nos propos récents ou qui vous vient simplement à l'esprit maintenant ?

Remerciements

Annexe 10 : Un extrait de l'entretien semi-directif de Monsieur Dieumegard, Directeur du Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer

Au cours de cet entretien, Monsieur Dieumegard, Directeur du Centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer (CHRM), aborde différentes thématiques relatives à l'attractivité de la maternité, dont la nature de la concurrence à laquelle sont exposés le CHRM et le GHLRRA et la constitution du groupement de coopération sanitaire. M. Dieumegard a saisi cette opportunité juridique pour développer l'activité de chirurgie au sein de cet établissement de taille moyenne, alors que la pérennité de certaines activités était remise en cause par le très faible niveau d'activité. Ainsi, le GCS a été constitué il y a huit ans, an amont du déménagement du CHRM dans des locaux neufs, au nord de Rochefort.

Elève directrice d'hôpital : « Pouvez-vous me décrire comment s'est développé le projet d'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales ? »

M. Dieumegard : « L'ouverture du plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales s'est faite dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS), il y a huit ans. Aujourd'hui, deux gynécologues libéraux et un sage-femme, un homme, participent au GCS. Le premier médecin est un praticien hospitalier à temps partiel, le second, un gynécologue libéral qui nous a rejoints quelques mois après le déménagement dans le cadre du GCS. Lui a carrément installé son cabinet libéral au sein de l'hôpital, il y a trois ans. Aujourd'hui ces deux médecins participent à la permanence des soins. Quant au sage-femme, il a fait partie du GCS à ses débuts. C'était un ancien de l'hôpital, qui a souhaité installer son cabinet en ville ».

Elève directrice d'hôpital : « l'ouverture du plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales, était-ce votre idée, une idée qui a émané de l'équipe, ou une demande des sages-femmes libérales ? »

M. Dieumegard : « C'était son idée à lui, à cet homme, qui l'a formulée quand il est parti s'installer en ville alors que nous étions en train de créer le GCS. Nous, on n'était pas demandeur, mais on a accepté. Il y a cinq ans, il y avait peu de sages-femmes à Rochefort. Aujourd'hui nous avons de bonnes relations avec les sages-femmes libérales, notamment avec le PRADO¹¹¹ ».

¹¹¹ Le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO), déployée pour la maternité depuis 2010 par la Caisse nationale d'assurance des travailleurs salariés (CNAMTS), prévoit un accompagnement des mères lors de leur sortie de maternité. « Le programme « a permis de mettre en œuvre [...] les recommandations de la HAS qui prévoit pour les sorties standard deux visites de

Elève directrice d'hôpital : « Après avoir étudié les flux de parturientes, j'ai observé que vous drainiez plus de 85 % des parts de marché sur Rochefort et ses environs et que vous étiez en progression depuis le déménagement. Qu'en est-il de la concurrence aujourd'hui pour la maternité de Rochefort ? »

M. Dieumegard : « Oui, à Rochefort, nous n'avons pas vraiment de concurrence. Ce qui n'est pas du tout le cas à La Rochelle. Le problème de l'attractivité de la maternité ne se pose pas du tout dans les mêmes termes. A La Rochelle, si la Clinique sécurise son recrutement, elle va repartir. Et la population est jeune et aisée, ce qui correspond tout à fait à un profil de parturientes qui se destineraient vers la Clinique. Cela n'est ni le cas à Royan, où la population est vieillissante et c'est pourquoi la maternité a fermé, ni le cas à Rochefort, où nous avons des bébés mais où la population est plus pauvre qu'à La Rochelle ».

Elève directrice d'hôpital : « Justement, après la fermeture de Royan, avez-vous observé une hausse d'activité ? »

M. Dieumegard : « En effet, la fermeture de la maternité de Royan a eu un impact, mais pas autant que l'on pensait. Il faut dire que Royan se situe à 30 minutes de Saintes, 45 minutes de Rochefort. Nous nous attendions toutefois à accueillir 1/3 des naissances, soit 200 naissances de plus, ce qui ne sera pas le cas¹¹² ».

[...]

Elève directrice d'hôpital : « Pouvez-vous revenir sur la constitution du GCS ? Comment avez-vous eu cette idée et comment avez-vous réussi à la mettre en œuvre ? N'avez-vous pas rencontré des résistances ? »

M. Dieumegard : « Le GCS rassemble aujourd'hui 17 médecins et chirurgiens libéraux qui exercent à l'hôpital. L'idée m'est venue il y a sept, huit ans. Quand je suis arrivé en 2006, 2007, il avait une clinique à Rochefort, qui ne se portait pas très bien. Elle a été vendue à KAPA, le grand groupe, qui a voulu relancer l'activité de chirurgie. Mais sur une ville comme Rochefort, cela représentait un véritable danger pour l'hôpital. Que faire ? Recruter, nous n'en avons pas les moyens. Travailler avec La Rochelle ? A l'époque, cela n'était pas possible. L'idée c'était d'attirer des chirurgiens libéraux pour qu'ils puissent travailler à

sages-femmes, dont idéalement dans les deux jours [...] sans pour autant [...] réduire le recours au gynécologue, au généraliste, au pédiatre » selon la CNAMTS. [...] en 2013, les adhérentes avaient une durée de séjour « un peu plus courte que les mères éligibles au programme ». APM, « Prado : satisfecit de la Cnamts sur des premiers résultats encourageants », 26 juin 2015.

¹¹² Monsieur Ngo, médecin DIM et Monsieur PRIGNEAU, directeur des affaires financières du CHRM, ont confirmé cette observation au cours d'un entretien. Le Centre hospitalier de Saintes partage cette observation : un nombre d'accouchements réalisé au premier semestre 2015 inférieur à celui qui était attendu. La baisse de la natalité est invoquée pour expliquer ce constat.

l'hôpital comme à la clinique... Le GCS offrait cette possibilité ! On a attiré deux ophtalmos, puis d'autres spécialités. Deux ans après, la clinique a fermé ».

Elève directrice d'hôpital : « Comment les médecins de l'hôpital ont-ils réagi ? N'avez-vous pas rencontré des résistances ? »

M. Dieumegard : « L'hôpital était vraiment en position de faiblesse à cette époque. On a failli perdre la chirurgie froide. Il y a eu des interrogations, mais tout le monde a compris que nous avions une carte à jouer et qu'il ne fallait pas la laisser passer. La concurrence de la clinique risquait de nous anéantir. Quel avenir pour un hôpital sans chirurgie ? Ce projet a été présenté aux médecins, sous cette forme, ils l'ont compris et la CME a voté pour. Huit ans après, on a regagné ce que l'on avait perdu et on a développé d'autres activités ».

Annexe 11 : Le règlement intérieur de la participation citoyenne

DONNEZ UN NOM A LA MATERNITÉ Règlement intérieur du concours

Contenu

Objet du concours	1
Durée du concours.....	1
Conditions de participation	1
Composition du jury.....	1
Responsabilité et droits d'auteur.....	2
Acceptation du règlement	2
Informations complémentaires	2

Objet du concours

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (GHLRRA) organise un concours pour donner un nom à sa maternité.

Durée du concours

Le concours est ouvert du 29 mai 2015 18h au 30 août 2015 18h. La date limite de proposition de nom est fixée au 30 août 2015 inclus.

Conditions de participation

La participation au concours est gratuite.

Ce concours est ouvert à tous, les Rochelais, les touristes, les gens de passage sur La Rochelle et de son agglomération.

Composition du jury

Un jury du concours sera constitué. Il sera composé d'une vingtaine de personnes et présidé par un membre de l'équipe de direction.

La composition exacte et la date de réunion du jury seront communiquées aux participants via le site du GHLRRA.

Un participant au concours sera tiré au sort et sera invité à être membre du jury.

Le jury aura pour mission de sélectionner, parmi tous les noms proposés par les participants, trois noms. Le jury présentera ensuite ces noms au Directeur général du GHLRRA, qui décidera du nom à donner à la maternité.

Il ne peut être proposé de noms de personnes qui ne seraient pas décédées.

Le jury se réserve le droit d'exclure tout nom qui ne respecterait pas le thème du concours ou le règlement du concours. Seront éliminés les noms présentant un aspect litigieux, reçus après la date de clôture des participations.

Le jury du concours se réserve le droit d'exclure les noms qu'il juge inappropriés.

La décision du Directeur général ou de son représentant est irrévocable et ne sera en aucun cas à justifier.

Responsabilité et droits d'auteur

La participation au concours entraîne pour les participants la cession des droits d'auteur des noms au bénéfice du GHLRRA pour une durée indéfinie à compter de la proclamation des résultats.

Les organisateurs du concours ne pourront être tenus pour responsables de tout problème lié au déroulement du concours qu'il s'agisse d'erreur humaine, de problème informatique, technologique ou de quelque autre nature.

Le GHLRRA se réserve le droit, à tout moment, d'interrompre, de supprimer, de différer ou de reporter le concours et/ou d'en modifier ses modalités après information des participants si les circonstances l'exigent. Le règlement sera actualisé et mis à jour au besoin.

Acceptation du règlement

La participation au concours vaut acceptation du présent règlement par les participants. Tout manquement au présent règlement entraîne la disqualification du candidat.

Informations complémentaires

Pour tout complément d'information, merci de contacter Mme BOURCHEIX, Chargée de communication du GHLRRA (noemie.bourcheix@ch-larochelle.fr)

Annexe 12 : Les trois noms retenus pas le jury le 14 septembre 2015

Donnez un nom
à la **Maternité**



Le choix du jury

Choix 1 : La maternité des deux tours (7 votes consultations citoyennes - 9 votes dernier tour jury)

Choix 2 : La maternité de la Porte Royale (7 votes consultations citoyennes - 8 votes dernier tour jury)

Choix 3 : La maternité Pernelle Aufrédy (9 votes consultations citoyennes - 3 votes dernier tour jury)

	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Signification	Relatif à l'emblème de La Rochelle. Un des plus importants vestiges des fortifications maritimes médiévales	Relatif au vestige historique du quartier St-Louis. Porte récemment rénovée.	Epouse du sieur Aufrédy, tous deux à l'origine de la création de l'Hopital Aufrédy a La Rochelle au Moyen Âge. Elle s'est consacrée aux soins aux plus démunis et a participé à la naissance de nombreux enfants.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Représente La Rochelle et en utilisant ce nom, la maternité deviendrait celle de La Rochelle. - Aspect culturel de la ville - « les trois tours: gardiennes de la cité, elles témoignent de la puissance de La Rochelle depuis le Moyen-Âge.» 	<ul style="list-style-type: none"> - Représente La Rochelle - Aspect historique de la ville 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnage historique connu à La Rochelle - Fondatrice du premier hôpital de La Rochelle - Hommage pour une femme qui était dans l'ombre de son mari et qui a beaucoup sacrifié - Belle sonorité et symbolique
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Relatif au drame du 11 septembre - Il y a 3 tours à La Rochelle et non 2 	<ul style="list-style-type: none"> - La Porte Maubec n'est-elle pas plus proche du site St-Louis? 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnage historique qu'une tranche de la population ne va pas forcément connaître.
Autres références	<ul style="list-style-type: none"> - Festival Jazz entre les deux tours - Les deux tours de la trilogie Seigneur des Anneaux - Café Brasserie Les deux tours - Bar Les deux tours - Le tréteau des deux tours (compagnie de théâtre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cave de La Porte Royale - Avenue de la Porte Royale - Parc de la Porte Royale - Brasserie de la Porte Royale - Boulangerie de la Porte Royale - Résidence de la Porte Royale 	<ul style="list-style-type: none"> - Rue Alexandre Aufrédy - Scouts Aufrédy - rue Pernelle

Annexe 13 : La durée moyenne de séjour (DMS) pour les principaux groupes homogènes de malades des services d'obstétrique en Poitou-Charentes en 2014

	Région PC	CHS	CHN	CI Mail	GHLRRA
GHM 14Z14A	3,83	3,67	3,91	3,47	4,12
GHM 14Z13A	4,55	4,28	4,63	4	4,79
GHM 14C08A	5,69	5,39	5,93	5,78	5,39

Légende :

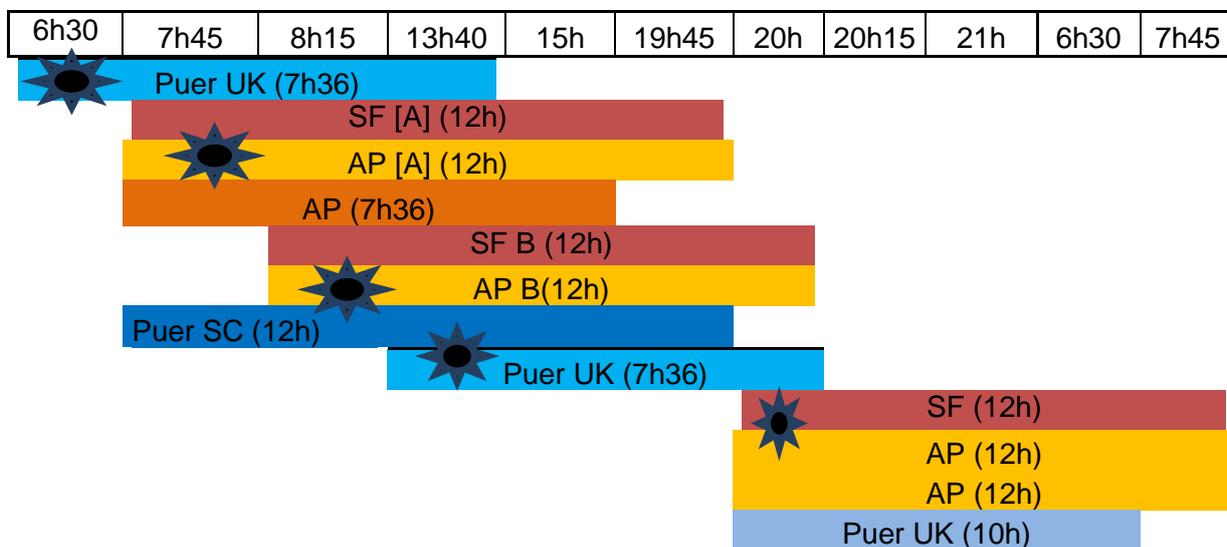
- GHM 14Z14A : Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative
- GHM 14Z13A : Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative
- GHM 14C08A : Césarienne pour grossesse unique, sans complication significative

- Région PC : région Poitou-Charentes
- CHS : CH de Saintes
- CHN : CH de Niort
- CI Mail : Clinique du Mail

La DMS sur ces trois principaux GHM au GHLRRA a augmenté au premier trimestre 2015 par rapport à l'année 2014 (cf tableau ci-dessous) :

	GHLRRA 1er trimestre 2015	DMS nationale	Soit une différence de
GHM 14Z14A	4,36	8,84	+ 0,52
GHM 14Z13A	5,11	4,6	+ 0,51
GHM 14C08A	6,42	5,82	+ 0,6

Annexe 14 : L'organisation les temps de travail dans le service des suites de couches du GHLRRA (30 lits + 4 lits d'unité kangourou).



Légende:

 transmissions : entre 15 et 30 minutes			
début	fin		Soit (minutes)
6h30	7h00	transmissions entre la puer UK de nuit et celle du matin	15
7h45	8h15	transmissions entre l'équipe de soins de couches de nuit et l'équipe de jour [A]	30
8h15	8h30	transmissions équipe jour A - équipe de jour B	15
13h40	13h55	transmissions puer UK matin - UK aprèm	15
19h45	20h00	transmissions équipe de jour [A] (qui part) - équipe [B] qui reste	15
20h00	20h15	transmissions de l'équipe [B] - équipe de nuit	15

NB : la durée des transmissions se rapprochent souvent de 30 minutes.

Annexe 15 : Une proposition de convention administrative, établie entre une sage-femme libérale et le GHLRRA.

Contrat autorisant l'accès du plateau technique de la maternité XXXX, Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (GHLRRA).

Entre le GHLRRA,
Représenté par Monsieur Michel, Directeur

Et
Madame / Monsieur

Titre 1 : objet de la convention

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (GHLRRA) et les sages-femmes libérales favorisent leur coopération en proposant un suivi global aux parturientes qui le souhaitent par une sage-femme libérale dans des conditions de sécurité et de qualité.

Cette continuité des soins découle de l'ouverture de l'accès du plateau technique de la maternité du GHLRRA aux sages-femmes libérales selon l'article L.6112-4 du Code de la Santé Publique (CSP).

Un plateau technique se définit comme le lieu permettant aux sages-femmes d'assurer, en toute autonomie, l'accouchement des patientes au sein d'une maternité-définition. L'établissement met à disposition, à titre locatif, le matériel et les locaux nécessaires pour cela.

Ce dispositif préserve la possibilité d'une prise en charge traditionnelle hospitalière en cas de nécessité.

Le présent contrat vise à déterminer les rôles et les responsabilités de chacun.

Les parties conviennent que leurs rapports sont exclusifs de tout lien de subordination et ne sauraient donc être qualifiés de contrat de travail.

Titre 2 : engagements des parties

Article 1 : engagements de la sage-femme libérale

Engagements à l'égard du GHLRRA

La sage-femme libérale s'engage à respecter, notamment (selon l'article R. 6146-18 du Code de la Santé Publique) :

- ✓ les recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de Santé et les sociétés savantes ;
- ✓ le projet d'établissement, le règlement intérieur de l'établissement, ainsi que le programme d'actions prévu à l'article L. 6144-1 du CSP en ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- ✓ les mesures mises en place dans l'établissement pour assurer la continuité des soins (une attention particulière est portée aux délais d'intervention des professionnels).

La sage-femme libérale s'engage également à:

- ✓ participer au projet médical ;
- ✓ valoriser son activité en participant au PMSI ;
- ✓ transmettre au directeur du GHLRRA un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient ;
- ✓ indiquer ses horaires de présence dans l'établissement ;
- ✓ signaler ses absences et congés au Directeur du GHLRRA ou à son représentant et à communiquer les coordonnées de son remplaçant s'il en dispose.

Engagements à l'égard de la parturiente

La sage-femme libérale s'engage à délivrer une information claire et intelligible à la patiente et/ou au couple parental en prénatal. Préalablement à la mise en œuvre du dispositif, la sage-femme libérale recueille le consentement signé de la patiente.

La sage-femme libérale s'engage à informer la patiente quant aux services à contacter en cas de demande d'assistance.

Article 2 : engagements du GHLRRA

Engagements à l'égard de la sage-femme libérale

Le GHLRRA :

- ✓ assure la conservation des dossiers médicaux et de soins des patients et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité ;
- ✓ met à disposition de ... ; le matériel et le personnel nécessaire à l'exercice de son art.

Engagements à l'égard de la patiente

Préalablement à l'accouchement, le GHLRRA s'engage prendre en charge la patiente en cas de complications sur demande de la sage-femme libérale, du médecin ou de la patiente.

La patiente sera adressée aux urgences obstétricales du GHLRRA :

- ✓ 05.46.45.52.19 en journée,
- ✓ 05.46.45.52.25 la nuit et les jours fériés.

La présente convention respecte les obligations déontologiques de l'exercice professionnel des sages-femmes, en particulier celles concernant l'indépendance de ses décisions et le secret médical.

Titre 3 : modalités de mise en œuvre de la convention

Article 1 : quotité de temps d'exercice au sein du GHLRRA

Le praticien exercera ses fonctions selon les besoins et en fonction de la disponibilité du plateau technique du GHLRRA.

Il avertira préalablement à son arrivée la sage-femme de garde du GHLRRA. Celle-ci pourra être amenée à assurer la prise en charge des patientes dans l'attente de l'arrivée de son collègue libéral.

Article 2 : dossier de liaison-transmissions

La sage-femme libérale confie ses coordonnées à la patiente qui lui aura transmis également au moins un numéro de téléphone fonctionnel auparavant.

Le carnet de santé de l'enfant sera complété des éléments relatifs à la naissance et au séjour, ainsi que des préconisations de sortie. Si des examens complémentaires sont nécessaires, la patientes en sera avertie et prendra elle-même rendez-vous.

Article 3 : évaluation annuelle de la prise en charge

La prise en charge organisée dans la présente convention fera l'objet d'une évaluation annuelle par les acteurs concernés, à savoir, la sage-femme libérale signataire participant à la collaboration et la maternité du GHLRRA.

Article 4 : rémunération

... sera rémunéré à l'acte par l'établissement pour son activité d'obstétrique.

Le GHLRRA verse les honoraires à ... aux tarifs définis en dehors des cas de dépassements autorisés (tarifs du secteur 1), minoré d'une redevance.

Le montant des honoraires est versé à la sage-femme, au vu de l'état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient. Cet état est transmis à la caisse d'assurance maladie dont relève

Le GHLRRA se réserve le droit d'effectuer un contrôle qualité de la traçabilité des actes effectués dans le dossier patient dans le cadre de sa politique de maîtrise des dépenses de santé.

Article 5 : redevance

Le montant de la redevance, qui s'impute sur les honoraires, représente la part des frais supportés par l'établissement pour les moyens matériels et humains qu'il met à disposition de

Elle est établie sur la base *de*... en fonction de l'activité.

Titre 4 : responsabilité médicale et déontologique

Article 1 : cadre légal et déontologique fixé par le code de la santé publique

Chaque praticien s'engage à inscrire son action dans le cadre légal et déontologique fixé par le code de la santé publique et à veiller particulièrement :

- ✓ Au respect des règles de confraternité,
- ✓ A la confidentialité des données échangées,

✓ Au devoir d'information et de recueil du consentement de la patiente.
Chaque praticien engage sa responsabilité personnelle dans les actes de soins qu'il effectue.

Article 2 : attestation de responsabilité civile d'activité dans les établissements publics de santé.

Chaque sage-femme libérale aura souscrit une responsabilité civile d'activité dans les établissements publics de santé.

La sage-femme libérale fournit une copie de l'attestation de responsabilité civile d'activité dans les établissements publics de santé.

Une attention particulière sera portée aux dates de début et de fin de cette assurance.

Si le contrat est renouvelé par tacite reconduction chaque année, la sage-femme libérale doit remettre au GHLRRA une nouvelle attestation de responsabilité civile chaque année.

Titre 5 : durée du contrat et modalités de renouvellement, de révision et de résiliation

Article 1 : date de début du contrat et sa durée

Le présent contrat prend effet à la date du

Il est établi pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 2 : conditions de révocation du contrat

En cas de difficultés liées à l'interprétation, à l'exécution ou à la cessation du contrat, les parties s'engagent mutuellement, avant toute démarche contentieuse, à rechercher un règlement amiable.

Ce contrat peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties, moyennant un préavis de 3 mois, par courrier recommandé avec accusé de réception expliquant les raisons de cette dénonciation.

En cas de manquement constaté par une des parties aux termes de ce contrat, il lui appartient de saisir immédiatement l'autre partie par courrier recommandé soulignant les manquements constatés. Une réponse doit être donnée à cette demande, précisant les mesures prises afin d'éviter le renouvellement des faits constatés et en proposant des mesures correctives en cas de nécessité. A défaut d'une réponse écrite par la même voie sous 8 jours calendaires, la clause de dénonciation s'applique automatiquement sans préavis supplémentaire.

Selon l'article R. 6146-19 du CSP, en cas de non-respect de ses engagements par la sage-femme libérale, le Directeur du GHLRRA ou son représentant peut mettre fin au contrat soit de sa propre initiative, soit à la demande du Directeur général de l'ARS, après avis de la Commission médicale d'établissement. Cette mesure est prise après mise en demeure de la sage-femme libérale.

Lorsque la sage-femme libérale fait l'objet d'une sanction pénale ou d'une sanction ordinaire d'une durée égale ou supérieure à trois mois d'interdiction d'exercer, il peut être immédiatement mis fin au contrat.

Le tribunal administratif compétent est celui de La Rochelle (R312-11 CSA).

Titre 6 : destinataires de ce contrat

Ce contrat, conclu entre M/Mme X et le GHLRRA, est transmis à Monsieur le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Ce contrat est réputé approuvé si celui-ci n'a pas fait connaître son opposition dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

Le GHLRRA et la sage-femme signataire sont destinataires d'une version originale de contrat.

Un exemplaire de ce contrat sera remis, pour information :

- ✓ Au Conseil de l'Ordre des Sages-femmes,
- ✓ Au Directeur Général de l'ARS.

Titre 7 : annexes

Références

Décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé.

Articles L6112-4, L. 6146-2 et R. 6146-17 à R. 6146-24 du Code de la Santé Publique

Attestation de responsabilité civile d'activité dans les établissements publics de santé de la sage-femme libérale

Copie du document

Critères maternels pour une prise en charge du suivi de la grossesse par une sage-femme libérale

Ici ou bien dans la « Charte » associée au contrat, signée entre la maternité et le sage-femme libéral. A voir avec M. Thirouard

GENDREAU

Hélène

Décembre 2015

Elèves Directeurs d'hôpital

Promotion 2014-2016

Développer l'attractivité de la maternité : un défi à relever en associant les professionnels

Résumé :

2014, une année faste pour la maternité Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis (GHLRRA) : 1838 bébés y sont nés. Un record d'activité pour cette maternité de niveau II-B. Deux phénomènes complémentaires seraient à l'origine de ce pic d'activité : une natalité élevée et une hausse de l'attractivité de la maternité du Groupe hospitalier, observée depuis le déménagement intervenu en novembre 2011. L'année 2015 s'annonce plus modeste. La baisse de la natalité et la concurrence ravivée des cliniques rochelaises, détenues par le Groupe Capio depuis 2009, sont invoquées pour expliquer cette diminution d'activité. Si l'attractivité de la maternité du GHLRRA ne dépend pas uniquement de la stratégie de l'établissement de santé privé, la recrudescence de la concurrence de cet établissement est à anticiper.

Une maternité attractive constitue une source de recrutement de patients mais aussi de professionnels de santé pour un établissement. Développer l'attractivité d'un service permet d'augmenter son activité et de faire face à la concurrence d'un autre établissement de santé.

Au sein du GHLRRA, un plan de communication est proposé ; il s'appuie principalement sur l'organisation d'un concours pour donner un nom à la maternité. Ce projet vise à promouvoir la maternité et à fédérer les professionnels du service pour créer une dynamique positive et engager d'autres changements, plus conséquents. Ensuite, une attention particulière est consacrée à l'étude de la fluidité des parcours patients. Enfin, l'ouverture de l'hôpital vers la ville est recherchée, notamment via l'ouverture du plateau technique obstétrical aux sages-femmes libérales, projet qui suscite des réticences.

Mots clés : Attractivité, maternité, maternité de niveau II-B, marketing hospitalier, image de marque, plan de communication, amélioration des parcours patients, concurrence, ouverture du plateau technique obstétrical, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, statut des sages-femmes hospitalières, sages-femmes libérales, représentations des professionnels médicaux hospitaliers, résistance au changement.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.