



Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2015**

Réorganisation de la périnatalité au Centre hospitalier d'Arras

Juan CAICEDO

Sommaire

Remerciements.....	4
Liste des sigles utilisés	5
Introduction	7
Présentation de l'établissement et de son contexte.....	7
Présentation du pôle Femme-enfant et de sa situation	8
Problématique.....	9
Le choix du sujet.....	10
Méthodologie	11
1 Le diagnostic	13
1.1 Une importante réorganisation de la périnatalité en 2014	13
1.1.1 Une dégradation du déficit causée par la périnatalité.....	13
1.1.2 Une réduction du capacitaire de la maternité	14
1.1.3 Une refonte de la prise en charge.....	15
1.2 Une réorganisation inaboutie	16
1.2.1 Des recommandations non suivies	16
1.2.2 Des personnels encore insuffisamment adaptés.....	17
1.2.3 Une articulation difficile avec la pédiatrie	18
1.3 Un déficit aggravé par une baisse d'activité	19
1.3.1 Un déficit maîtrisé qui repart à la hausse malgré la réorganisation de la périnatalité.....	19
1.3.2 Une baisse du nombre de naissances et une concurrence accrue de l'HPAB20	
1.3.3 Une diminution des recettes liée à la fois à un effet volume et à un effet prix.	21
2 Les propositions.....	25
2.1 Achever la réorganisation de la périnatalité	25
2.1.1 Rapprocher les lits koalas de la néonatalogie et mutualiser les équipes	25

2.1.2	Renforcer la place des sages-femmes.....	26
2.1.3	Revoir le capacitaire de la maternité et de la néonatalogie au regard de l'activité	27
2.2	Accroître l'attractivité de la périnatalité et améliorer l'articulation au sein du pôle.....	28
2.2.1	Renforcer la démarche de labellisation HAB.....	29
2.2.2	Développer des activités connexes favorisant l'attractivité.....	30
2.2.3	Achever la constitution d'un « pool » poli-compétent	32
2.3	Revoir la gestion du pôle	33
2.3.1	Adapter et fiabiliser les outils de gestion du pôle	33
2.3.2	Renforcer l'encadrement de pôle	34
2.3.3	Tenir compte des limites des CREA comme outil de gestion.....	35
	Conclusion.....	37
	Bibliographie	39
	Liste des annexes	40
	Résumé	48

Remerciements

Je remercie vivement l'équipe de direction du Centre hospitalier d'Arras et l'équipe du pôle Femme-enfant pour l'accueil qui m'a été réservé et l'expérience que j'ai pu tirer de ce stage.

Je remercie tout particulièrement Madame Rogard, cadre gestionnaire du pôle Femme-enfant, pour le temps qu'elle m'a consacré.

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP	Auxiliaire de puériculture
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignante
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CHA	Centre hospitalier d'Arras
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CREA	Compte de résultat analytique
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Équivalent temps plein
GHR	Grossesses à haut risque (unité des)
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAB	Hôpital ami des bébés (label)
HPAB	Hôpital privé Arras les Bonnettes
HPST	Hôpital, patient, santé, territoire (loi)
IDE	Infirmier diplômé d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IHAB	Initiative hôpital ami des bébés (association)
INSEE	Institut national d'études statistiques et économiques
LGG	Logistique et gestion générale (dépenses de)
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PDE	Puériculteur diplômé d'État
PMCT	Poids moyen du cas traité
PM/PNM	Personnel médical/personnel non médical
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
RUM	Résumé d'unité médicale

SDN	Suites de naissance (unité des)
SF	Sage-femme
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

Présentation de l'établissement et de son contexte

Avec les Centres hospitaliers de Béthune, Lens et Douai, le Centre Hospitalier d'Arras constitue la plus grande communauté hospitalière de territoire en France. Celle-ci couvre une population d'environ 1,2 million d'habitants sur un des territoires de santé, l'Artois-Douais, les plus pauvres de France. Il s'agit, néanmoins, d'un territoire contrasté puisque l'Arrageois, en zone rurale, se distingue nettement des trois autres zones de proximité au cœur de l'ancien bassin houiller (Béthune-Bruay, ; Lens-Hénin et Douais).

Le CHA, avec une offre de soins complète en MCO, psychiatrie, SSR, USLD et gériatrie, est l'établissement pivot de l'Arrageois. Il compte environ 1 200 lits et places et 2 000 agents dont 200 praticiens. Il a accueilli en 2014 près de 40 000 séjours hospitaliers et a réalisé environ 150 000 consultations et actes externes. Il souffre néanmoins de la concurrence directe en MCO de l'Hôpital privé Arras les Bonnettes appartenant au groupe Générale de santé.

Son budget tourne autour de 190 millions d'euro avec un déficit maîtrisé ces dernières années et même un léger excédent en 2014. Toutefois la dette de l'établissement atteint près de 150 millions d'euros suite à la reconstruction de l'hôpital en 2007 et à une forte dégradation du rapport euro/franc suisse sur lequel elle reposait en grande partie.

La reconstruction de l'hôpital a été l'occasion de restructurer les services de soins en pôles cliniques et médico-technique comme prévu par l'ordonnance du 2 mai 2005. Actuellement le CHA compte huit pôles encadrés par un trio de pôle (chef de pôle, cadre supérieur de santé et cadre administratif de pôle) :

- Médecine
- Chirurgie
- Femme-enfant
- Santé mentale
- Urgences
- Gériatrie
- Plateau technique

Depuis 2014, un directeur-adjoint référent a été désigné pour chaque pôle et de nouveaux contrats d'objectifs ont été signés pour une durée de quatre ans.

Présentation du pôle Femme-enfant et de sa situation

Le pôle Femme-enfant, qui compte 111 lits et places et dont le budget atteint près de 30 millions d'euro en 2014, regroupe les services suivants :

- Obstétrique
- Néonatalogie de niveau III
- Gynécologie
- Orthogénie
- Pédiatrie
- Centre de planification et d'éducation familiale
- Centre de dépistage anonyme et gratuit

Avec près de 2 200 naissances par an, l'activité périnatale (obstétrique et néonatalogie) fait du CHA un établissement important sur le territoire Artois-Douais. Cette attractivité est due notamment à l'existence d'une unité de réanimation néonatale et d'unités permettant le maintien ou le rapprochement du couple-mère enfant dans les cas de naissance pathologique (unités koala et kangourou).

Néanmoins, le pôle connaît depuis plusieurs années un déficit supérieur à 1 million d'euro principalement dû aux services d'obstétrique et de néonatalogie, qui représentent près de 70 % de l'activité et environ 60 % des dépenses directes. Cette situation a conduit la Direction à opter pour une importante réorganisation du pôle en 2014 et en particulier de la périnatalité :

- Le CPEF et le CDAG ont été intégrés au pôle
- l'activité de chirurgie gynécologique, tout en restant rattachée au pôle Femme-enfant, est désormais effectuée dans le pôle Chirurgie
- Le capacitaire et les effectifs du service d'obstétrique ont été réduits
 - Les unités de suites de naissance et de grossesses à haut risque ont été rapprochées géographiquement pour mutualiser les ressources

- Le nombre de lits a été réduit de 52 à 45 (+3 lits d'accueil temporaire)
- Le nombre d'ETP a été diminué de 81,45 à 73,25

En parallèle de ce processus de réorganisation, le CHA s'est engagé depuis plusieurs années dans une démarche d'amélioration de la prise en charge au sein de la périnatalité afin de maintenir son attractivité :

- Mise en place en 2009 de l'HAD permettant aux patientes de GHR de rester plus longtemps chez elle et aux mamans avec enfants de rentrer plus tôt
- Mise en place en 2011 puis en 2014 de lits kangourous et koalas permettant le maintien de certains nouveaux nés pathologiques auprès de leur mère
- Mise en place en 2014 du Programme d'accompagnement à domicile des femmes ayant eu un accouchement physiologique
- Simplification de l'équipe intervenant autour du couple mère-enfant sans complication avec la mise en place d'un binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture

La labellisation IHAB de la périnatalité dans laquelle s'est engagé l'établissement constituerait donc un aboutissement de ces deux processus qui peuvent sembler contradictoires : réajustement des ressources à l'activité et amélioration de la qualité des soins.

Problématique

Pour faire face à une dette structurelle, le système de santé français est à la recherche d'économies. L'Hôpital, principal poste de dépense au sein de l'ONDAM, est au cœur de cette politique. Comme de nombreux établissements, le CHA s'attache donc depuis plusieurs années à réajuster son capacitaire à son activité et a intégré en 2013 un programme d'accompagnement à la gestion des lits proposé par l'ANAP.

Par ailleurs, la situation financière de l'hôpital préoccupante au regard de sa dette a conduit l'ARS du Nord-Pas-de-Calais à entamer en 2014 un dialogue de gestion avec la Direction. Suite au diagnostic établi, plusieurs objectifs prioritaires ont été définis qui entrent en résonance avec les processus déjà amorcés au sein du pôle Femme-enfant. L'ARS demande notamment la poursuite de la réorganisation des pôles cliniques avec la mise en adéquation du capacitaire et des effectifs à l'activité réalisée. Elle demande, d'autre part, une amélioration des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Malgré les efforts déjà réalisés en ce sens à travers la réorganisation décrite plus haut, le pôle Femme-enfant voit à nouveau son déficit s'aggraver en 2014 alors même que l'établissement, lui, devient excédentaire. Ce delta négatif passe de 1,3 millions d'euro en 2013 à quasiment 2 millions en 2014. La Direction reste donc extrêmement préoccupée par la situation du pôle et par son équilibre médico-économique et envisage une deuxième « vague » de réorganisation.

Seulement, les nombreux changements intervenus récemment aussi bien du fait des économies recherchées que de la volonté d'amélioration de la prise en charge sont encore en cours de métabolisation par les équipes médicales et soignantes. Le moment n'est donc pas le plus propice mais la restructuration semble inévitable aux yeux de la Direction. Ce mémoire s'attache donc à faire de propositions de réorganisation mais aussi à questionner la pertinence de la démarche en matière de gestion.

Le choix du sujet

Au moment où je débute mon stage auprès du cadre administratif du pôle Femme-enfant, au mois de février, la volonté était forte de relancer le processus de labellisation IHAB engagé l'année précédente et dont les groupes de travail avaient été suspendus par le manque de temps des équipes.

Ce label, mis en place sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé et de l'UNICEF en 1992, s'est développée en France au cours des années 2000. Son objectif est de garantir une prise en charge du nouveau-né et de ses parents respectueuse des rythmes biologiques ainsi que des besoins physiologiques et psychologiques. Il se base sur 12 critères déclinés dans un cahier des charges très précis.

L'idée, en accord avec mon maître de stage, était donc d'apporter au cours de ma seconde période à l'hôpital un soutien à cette démarche stratégique pour la périnatalité et de réaliser un mémoire sur ce thème. En effet, l'amélioration de la qualité des soins dans un contexte de réajustement des ressources est un défi important pour le maintien de l'attractivité et *in fine* pour l'accroissement de l'efficience.

De plus, dans le contexte médico-économique actuel et au vu des orientations données par les politiques de santé, la problématique d'une conciliation entre le réajustement des ressources et l'amélioration de la qualité m'a semblé transposable à l'ensemble des établissements et travailler sur cette question m'a paru fructifère dans la perspective de mon projet professionnel.

En tant que cadre administratif de pôle, l'attaché d'administration hospitalière est chargé de relayer la stratégie de la Direction mais aussi de fournir les éléments nécessaires à la prise de décision ; il joue donc un rôle d'interface. Pour cela il doit notamment réaliser le suivi de l'activité médico-économique du pôle, travailler avec l'encadrement médical et soignant, faire des propositions pertinentes, etc.

Son implication est donc essentielle dans le processus décrit afin que les décisions soient prises sur la base d'indicateurs exprimant avec justesse les besoins et que les choix effectués soient correctement interprétés par les agents. J'avais donc décidé de réaliser mon mémoire sur ce sujet et d'en faire un outil pour ce projet de labellisation (cf. projet de mémoire).

Toutefois, lorsque je reviens en stage au mois de mai, débute rapidement la période des congés et les réunions IHAB ayant lieu une fois par mois entre midi et deux heures sont repoussées. Il apparaît alors de manière évidente que le temps de mon stage n'est pas en adéquation avec celui de ce projet à moyen terme.

Par ailleurs, au mois de juin les comptes de résultat par pôle et par service sont mis à disposition par l'équipe de contrôle de gestion de l'établissement et dévoilent que le déficit du pôle Femme-enfant s'est gravement creusé. Le regard de la Direction, en plein dialogue de gestion avec l'ARS se tourne alors de nouveau sur le pôle et des pistes d'économies supplémentaires sont demandées à son équipe d'encadrement (trio de pôle et directeur-adjoint référent).

Je choisis donc de recentrer mon mémoire sur la question de la réorganisation et de sa pertinence, et laisse de côté le travail sur la labellisation. Cependant, je n'abandonne pas tout à fait la problématique initiale puisque les hypothèses de réorganisation doivent tenir compte non seulement des économies possibles mais aussi des impacts sur le travail des équipes médicales et soignantes et donc *in fine* sur la qualité des soins.

Méthodologie

Le travail se base en grande partie sur l'analyse des comptes de résultat du pôle Femme-enfant et des services qui le composent : d'abord avec le contrôleur de gestion et les autres cadres administratifs de pôle afin de maîtriser leur construction, puis avec le trio de pôle et le directeur-adjoint référent ; et enfin avec les chefs de service et les cadres de santé.

Une première tâche consiste donc à décrypter ces outils avec les équipes médicales et soignantes pour trouver les sources d'aggravation du déficit et les explications possibles. Pour cela il est nécessaire de faire un lien avec l'activité médicale en s'appuyant

sur le système d'information médicale (DIM, PMSI pilot, Business object, tableaux de bord, etc.).

A partir des éléments recueillis il s'agit alors de construire des hypothèses de réorganisation pour un retour à une situation proche de l'équilibre. Des propositions proviennent de l'ensemble des interlocuteurs et c'est au cadre administratif du pôle de les compléter en se référant notamment aux recommandations existantes et de les synthétiser dans des outils d'aide à la décision. Ce mémoire se veut donc être un outil à la disposition de la Direction de l'établissement.

Enfin, en tant qu'élève attaché d'administration hospitalière j'ai souhaité apporter un regard extérieur sur la pertinence du processus mis-en-œuvre par l'établissement pour répondre à la problématique rencontrée. D'autant plus qu'il s'agit d'un processus stratégique qui fait intervenir des acteurs variés et parfois en opposition.

Le présent mémoire s'articule donc en deux parties : la première partie présentera le diagnostic tiré de cette analyse et la seconde exposera les solutions préconisées.

1 Le diagnostic

Le diagnostic repose sur trois constats : le pôle Femme-enfant sort d'une réorganisation importante de la périnatalité tentant de contenir par la maîtrise des dépenses un déficit qui s'aggrave à nouveau depuis 2012 (1.1) ; toutefois, cette réorganisation d'ampleur reste inaboutie du fait d'inévitables résistances au changement (1.2) ; enfin, malgré la restructuration de la périnatalité le déficit continue de se creuser à cause d'une baisse de l'activité (1.3).

1.1 Une importante réorganisation de la périnatalité en 2014

Le premier constat est celui d'une importante réorganisation de la périnatalité au cours de l'année 2014. Cette décision fait suite à une dégradation conséquente du déficit du pôle dont les services d'obstétrique et de néonatalogie sont à l'origine (1.1.1). La restructuration de la périnatalité se traduit par une réduction du capacitaire et des effectifs non médicaux (1.1.2) mais aussi par une refonte de la prise en charge dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins (1.1.3).

1.1.1 Une dégradation du déficit causée par la périnatalité

Le compte de résultat du pôle Femme-enfant montre que le déficit se dégrade d'environ 700 000 euro entre 2013 et 2014 pour atteindre quasiment 2 millions d'euro. Néanmoins, l'analyse par service permet d'observer des situations très contrastées.

Résultat du pôle et par service	2013	2014	Evolution en €	Evolution %
Pôle	- 1 281 367	- 1 959 130	- 677 763	53 %
Génétique	- 49 644	- 32 969	16 676	- 34%
CDAG		- 25 005		
CPEF		47 494		
Gynécologie	- 407 096	- 210 404	196 693	- 48%
Néonatalogie	- 313 098	- 1 325 324	- 1 012 226	323%
Obstétrique	- 846 997	- 1 349 776	- 502 779	59%
GHR	64 575	11 592	- 52 983	- 82%
Pédiatrie	270 894	925 261	654 367	242%

Il apparaît que les services d'obstétrique et de néonatalogie sont à l'origine de cette dégradation du résultat puisque leur déficit se détériore respectivement d'environ 550 000

euro (grossesses à haut risque inclus ; l'unité fait l'objet d'un CREA à part mais fait bien partie du service d'obstétrique) et 1 million d'euro. Ces résultats sont en partie compensés par une nette amélioration du résultat des services de gynécologie et de pédiatrie d'approximativement 200 000 et 650 000 euro. Le service de génétique, le CDAG et le CPEF, générant un excédent de 39 000 euro, pèsent quant à eux faiblement sur la balance.

1.1.2 Une réduction du capacitaire de la maternité

L'ANAP a proposé, en avril 2013, un programme d'accompagnement à la gestion des lits dans les établissements de santé. Le Centre hospitalier d'Arras a intégré la première vague d'établissements du Nord-Pas-de-Calais aux côtés des Centres hospitaliers de Dunkerque, Valenciennes, Boulogne et du CHRU de Lille. Ce programme vise à adapter l'offre de soins et notamment le capacitaire à l'activité constatée et à ses évolutions prévisibles.

Pour cela, l'ANAP a mis à disposition de ces établissements des outils de diagnostic permettant l'étude de leur performance comparativement aux structures équivalentes. Sur chaque site, les marges de progrès organisationnel dégagées grâce à ces outils ont été déclinées en plan d'action par un groupe projet composé de praticiens, de cadres administratifs et de cadres de santé.

A Arras, 4 grands axes d'amélioration ont été identifiés :

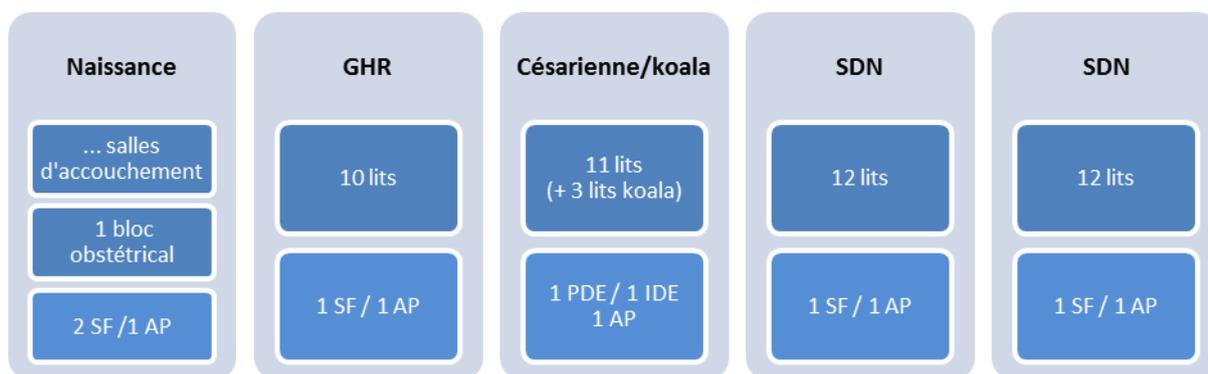
- L'optimisation de la gestion des lits avec le développement des pré-admissions et des sorties le matin permettant l'admission des patients non programmés avant 14h
- L'amélioration du parcours patient à travers notamment l'anticipation du mode de sortie
- L'anticipation des flux saisonniers avec par exemple la formalisation des règles d'Hôpital en tension
- L'adéquation du type d'hébergement à l'activité avec le renforcement de la cellule d'ordonnancement chargée d'organiser de façon centralisée les hospitalisations programmées et non programmées

Le plan d'action découlant de ces axes a été mis en œuvre dans tous les pôles de l'établissement et c'est dans cette démarche qu'est venu s'inscrire le processus de réorganisation du pôle Femme-enfant qui était déjà en cours de préparation.

En effet, le constat avait été fait que la durée moyenne de séjour du service d'obstétrique du CHA était la plus longue de la région. Un travail précurseur dans EHESP – Réorganisation de la périnatalité au Centre hospitalier d'Arras – 2015

l'établissement sur les axes cités plus haut avait été alors mené et avait permis de réduire cette DMS, en particulier en suites de naissances (naissances physiologiques sans complications). Toutefois, le raccourcissement de la DMS avait eu pour conséquence une diminution du taux d'occupation des lits qui nuisait à l'équilibre médico-économique du service. Ainsi, la décision a été prise en mars 2014 de regrouper les unités de suites de naissance et de grossesses à haut risque sur un seul étage afin de mutualiser les équipes et de réduire le capacitaire.

La maternité qui comptait 52 lits et 81,45 ETP a été réduite à 45 lits (+ 3 lits d'accueil temporaire) et 73,25 ETP et s'organise désormais de la manière suivante :



Le service de néonatalogie, quant à lui soumis à des règles d'encadrement plus strictes, n'est pas concerné par le processus de réorganisation. L'établissement obtient même, en octobre 2013, la création 2 lits de réanimation avec l'effectif PDE associé, un poste PDE 24h/24, soit 6,02 ETP supplémentaires sur l'année. La néonatalogie compte donc 32 lits et s'organise de la façon suivante :



1.1.3 Une refonte de la prise en charge

Au-delà d'une réduction du capacitaire la réorganisation de la périnatalité se traduit par une redéfinition de la prise en charge qui s'inscrit dans la volonté d'améliorer la qualité des soins. Cette démarche se décline en cinq axes :

- La réintroduction des sages-femmes au cœur de la prise en charge des grossesses non pathologiques et des naissances physiologiques afin de mettre à profit leurs compétences spécifiques
- Une diminution du nombre d'agents intervenant autour de la mère et du nouveau-né avec la mise en place d'un binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture par unité afin de garantir une cohérence dans les soins prodigués
- Le maintien du couple mère-enfant dans les cas de naissances modérément pathologiques avec la création de lits kangourous et koalas afin de favoriser le peau-à-peau, l'allaitement maternel et l'autonomisation des parents dans les soins à apporter à leur enfant
- Un retour à domicile dès que possible avec la mise en place du Programme de retour au domicile de la CPAM qui offre une prise en charge intégrale des 2 visites d'une sage-femme libérale
- Des accords entre les services du pôle sont établis sur le « prêt » d'agents paramédicaux afin d'adapter les ressources à l'activité

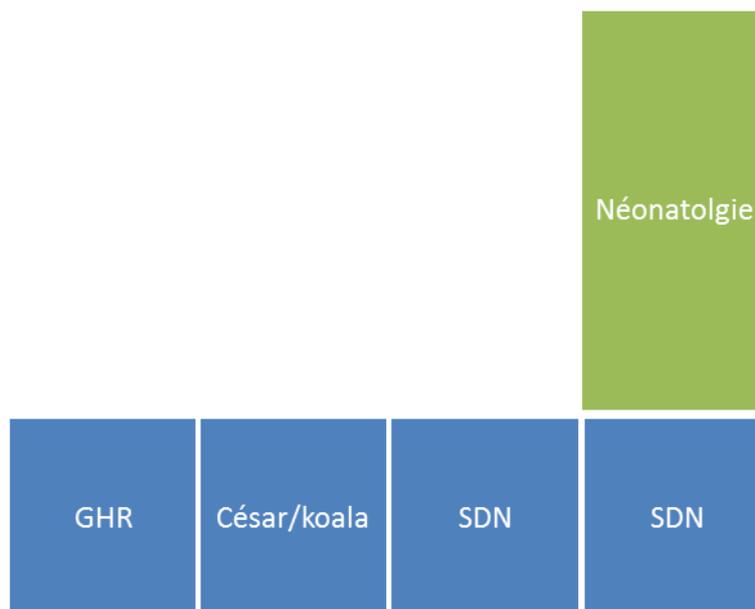
1.2 Une réorganisation inaboutie

La réorganisation du pôle Femme-enfant et en particulier la restructuration de la périnatalité, bien que d'ampleur, reste inaboutie à plusieurs égards. D'abord, certaines des recommandations de l'ARS quant à l'emplacement géographique des unités n'ont pas été prises en compte (1.2.1). Ensuite, un travail important reste à faire sur l'adaptation des personnels aux changements intervenus dans leurs conditions de travail (1.2.2). Enfin, l'articulation en matière de gestion des ressources paramédicales entre la périnatalité et le service de pédiatrie pose des difficultés qui doivent être résolues (1.2.3).

1.2.1 Des recommandations non suivies

Autorité de tutelle chargée de la planification de l'offre sur le territoire, l'ARS a autorisé et accompagné le processus de réduction du capacitaire du service d'obstétrique et d'adaptation des lits existants en néonatalogie (transformation de lits en lits koalas). Toutefois, toutes ses préconisations n'ont pas été suivies, notamment quant à l'organisation géographique des unités.

Suite au rapprochement des unités de GHR et de SDN, toute la maternité se situe désormais dans un même couloir du bâtiment dédié à l'hospitalisation. La néonatalogie quant à elle occupe le couloir adjacent de la manière suivante :



Cette organisation, bien qu'elle ait permis la mutualisation des équipes au sein de la maternité, ne favorise pas la mutualisation des équipes d'obstétrique et de néonatalogie autour des lits koalas. En effet, ces lits qui ont été établis au sein de la maternité afin de permettre aux nouveau-nés de rester auprès de leur mère, sont séparés de la néonatalogie par un long couloir. Or, ces nouveau-nés, conformément à la réglementation, nécessitent la présence permanente d'un PDE et il a été indispensable, par conséquent, de maintenir un poste de PDE supplémentaire au sein de la maternité soit 6,02 ETP sur l'année.

1.2.2 Des personnels encore insuffisamment adaptés

La réorganisation de la périnatalité a eu un impact important sur le personnel soignant. D'une part, les effectifs ont été réduits de manière non négligeable puisque le nombre d'ETP est passé de 81,45 à 73,25 soit une baisse de près de 10 %. D'autre part, la refonte de la prise en charge autour d'un binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture s'est traduite par de nouveaux rapports de travail entre les différentes catégories de personnel soignant mais aussi entre le personnel soignant et le personnel médical.

Or, cette réorganisation est intervenue en mars 2014, soit il y a un peu plus d'un an, ce qui est relativement peu compte-tenu du temps d'adaptation nécessaire à ce type de changement. Un état des lieux réalisé par le nouveau cadre de santé du service d'obstétrique en octobre 2014 souligne l'existence de divers dysfonctionnements, en particulier à deux niveaux : l'organisation du travail et le climat de travail.

Le premier dysfonctionnement réside dans le fait que les nouvelles organisations quotidiennes résultant de la restructuration de la maternité ne sont, pour certaines, pas

encore définies, mal adaptées ou méconnues ; par conséquent celles-ci sont peu respectées. De plus, le cloisonnement persistant entre les unités ne favorise pas les mutualisations et l'adaptation du cadre de fonctionnement à l'activité ne se fait pas aisément. De ce fait, la réalisation des plannings est une réelle difficulté pour le cadre de santé et le délai de prévenance des agents est difficilement respecté.

Le deuxième constat est celui d'une dégradation du climat de travail. Les sages-femmes n'ont pas encore trouvé toute leur place vis-à-vis des autres agents paramédicaux mais aussi au regard des médecins qui ne valorisent pas complètement toutes leurs compétences. Dans le même temps, la mise en place d'un binôme SF/ AP a été vécu par les IDE comme une dépossession de leur travail. Afin de favoriser l'émergence d'un travail d'équipe des initiatives ont été menées telle que la création d'un journal intitulé Mater'note dont l'objectif est d'informer tous les personnels sur la vie du service. Cependant, l'amélioration du climat de travail constitue un travail de fond dont l'aboutissement nécessite encore des efforts.

Ces difficultés d'organisation et de travail d'équipe constituent un risque important de démotivation des équipes voire de tension. *In fine*, c'est une dégradation de la prise en charge et une fuite de la patientèle qui sont en jeu. Par conséquent ces aspects ne doivent pas être négligés.

1.2.3 Une articulation difficile avec la pédiatrie

Au Centre hospitalier d'Arras, les pôles bénéficient de délégations de gestion dans le domaine des ressources humaines pour opérer les choix avec plus de réactivité, plus de pertinence, et plus de facilité et ainsi adapter les cadres de fonctionnement aux besoins de l'établissement. Le contrat de pôle Femme-enfant 2014-2018 formalise cette délégation qui concerne aussi bien le recrutement et la gestion du personnel médical que non médical

L'un des enjeux dans ce domaine et ce depuis 2010, est la polyvalence et la mutualisation des agents non médicaux au sein du pôle. Le contrat de pôle 2011-2014 fixait notamment comme objectif prioritaire la mutualisation des secrétariats médicaux et des PDE entre les services de néonatalogie et de pédiatrie.

En effet, la plupart des enfants accueillis en pédiatrie sont des enfants de moins d'un an que les PDE de néonatalogie, avec la formation nécessaire, sont en mesure de prendre en charge. Pour faire face à la forte saisonnalité de l'activité de pédiatrie (surcroît d'activité au cœur de l'hiver et forte réduction durant les vacances estivales) les « prêts » d'agent ont donc été encouragés.

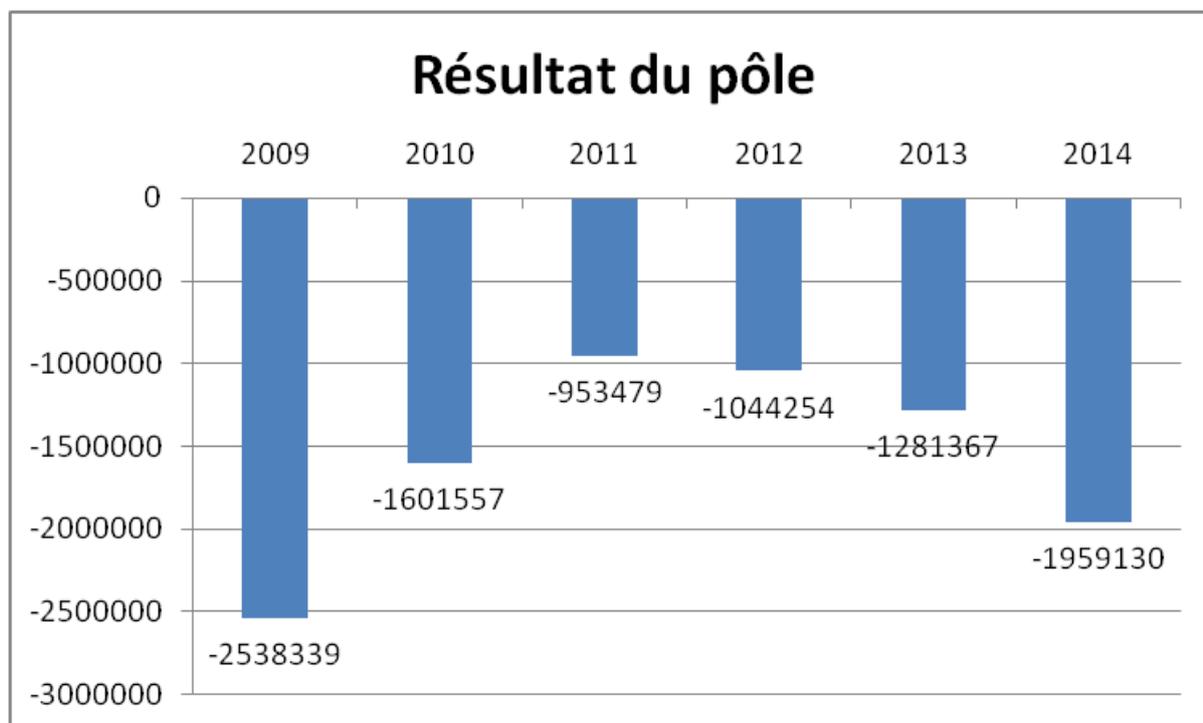
Toutefois, bien que permettant une plus grande souplesse, cette modalité de gestion des ressources humaines qui s'applique dans les faits au jour le jour, entraîne également une perte de visibilité sur l'affectation réelle des agents. Cette confusion est à l'origine d'un contentieux entre service au moment de la publication des comptes de résultat par service.

1.3 Un déficit aggravé par une baisse d'activité

L'objectif de la réorganisation de la périnatalité en 2014 était de contenir le déficit qui repartait à la hausse depuis 2012 en réduisant les dépenses (1.3.1). Cependant, une baisse d'activité liée à une diminution des naissances et à une concurrence accrue (1.3.2) a été à l'origine d'une réduction des recettes qui a aggravé de nouveau le déficit (1.3.3).

1.3.1 Un déficit maîtrisé qui repart à la hausse malgré la réorganisation de la périnatalité

La périnatalité constitue depuis longtemps une activité phare de l'établissement. Cependant, située avant la reconstruction de l'hôpital en 2007 dans un pavillon indépendant, sa gestion interne était peu rigoureuse et en 2009 son déficit était de 2,5 millions d'euro. Avec la mise en place d'un groupe de travail de l'ANAP en 2010 et l'arrivée d'un nouveau Directeur au cours de l'année, le déficit est réduit de près de 40 % et atteint 1,6 millions. En 2011, il passe sous la barre du million.



Toutefois, la baisse s'enraille et en 2013 le déficit atteint à nouveau 1,2 millions d'euro. C'est à ce moment-là et dans le cadre du programme d'accompagnement à la gestion des lits que l'ANAP propose aux établissements de santé de la région que la

réorganisation de la périnatalité est décidée. Celle-ci est mise-en-œuvre en mars 2014 mais à la fin de l'année il apparaît que le déficit du pôle a connu une nouvelle aggravation d'ampleur qui le porte à près de 2 millions d'euro. Si cette aggravation s'explique en partie par une réorganisation inachevée, notamment au niveau de la diminution du personnel, la baisse de l'activité semble en être la principale cause.

1.3.2 Une baisse du nombre de naissances et une concurrence accrue de l'HPAB

Malgré un taux de natalité supérieur à la moyenne nationale, 13 ‰ contre 12,3 ‰ en 2013, le nombre de naissances dans le Pas-de-Calais comme en France diminue depuis plusieurs années. Cette réduction s'explique selon l'INSEE par une baisse du nombre de mères potentielles dans le département.

Nombre de naissances	Pas-de-Calais	Nord-Pas-de-Calais	France
2013	19 054	55 408	809 556
2012	19 017	55 530	819 191
2011	19 720	56 398	821 589
2010	19 780	56 467	831 112

Dans le même temps l'Hôpital privé Arras les Bonnettes, établissement privé à but lucratif, concurrent direct du CHA, voit ses « parts de marché » en matière d'accouchement progresser depuis 2010.

Les années 2000 ont été marquées par un désengagement des établissements privés à but lucratif en matière d'obstétrique qui s'explique principalement par l'augmentation des contraintes réglementaires et « assurancielles » associée à une tarification fort peu encourageante. A ce sujet, l'HPAB ne fait pas exception et ses « parts de marché » diminuent de 17,2 points entre 2000 et 2010.

Néanmoins, en 2010, le groupe Générale de santé auquel il appartient, décide de racheter et de fusionner la Clinique Sainte-Catherine et l'Hôpital Bon Secours afin de constituer un pôle en mesure de concurrencer le CHA dans différents domaines. Les locaux sont réaménagés et une nouvelle maternité est notamment inaugurée. En se concentrant sur les accouchements par voie basse sans complication et les césariennes, et renvoyant vers le CHA les grossesses à haut risque et les naissances pathologiques, une inflexion est marquée : la part de l'HPAB passe de 25,4 en 2010 à 31,7 en 2014 et la tendance semble se confirmer en 2015.

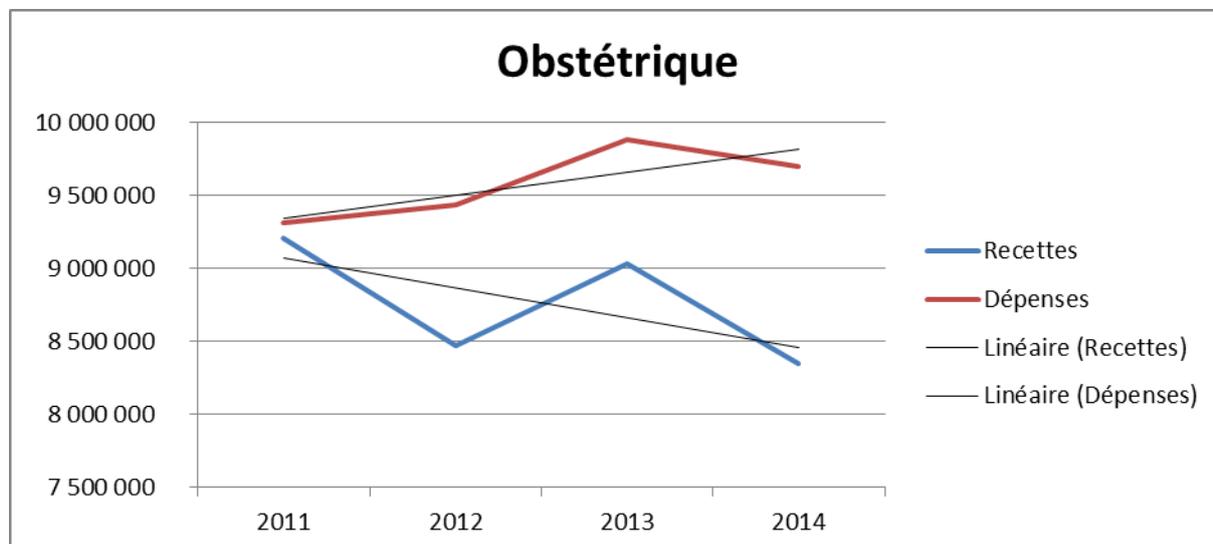
Part de naissances	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
CHA	57,4	64,4	74,6	72,4	70,3	69,6	68,3
HPAB	42,6	35,6	25,4	27,6	29,7	30,4	31,7

Nombre et part de naissances	2014	Jan. 2015	Fév. 2015	Mars 2015	Avril 2015	2015
CHA	2178	176	172	162	135	645
HPAB	1011	82	66	84	72	304
CHA	68,3%	68,2%	72,3%	65,9%	65,2%	67,97%
HPAB	31,7%	31,78%	27,73%	34,15%	34,78%	32,03%
Total Naissance	3189	258	238	246	207	949

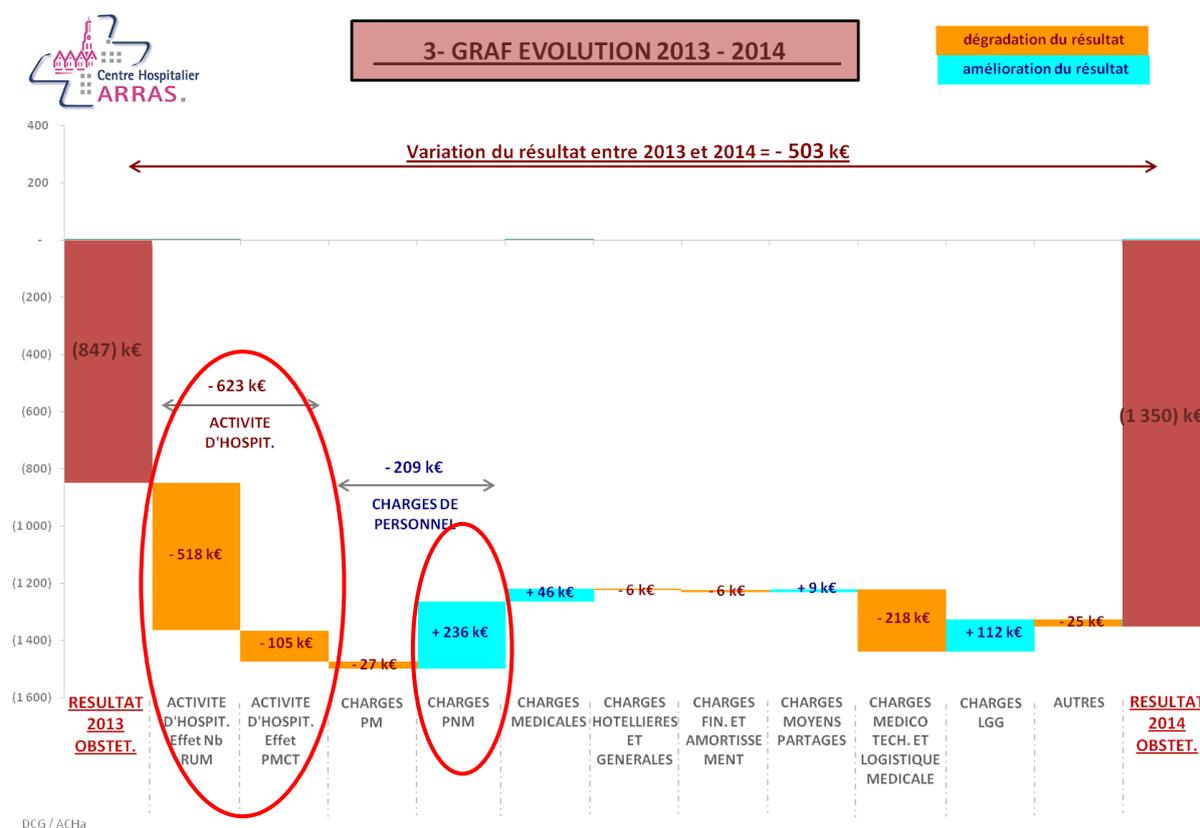
1.3.3 Une diminution des recettes liée à la fois à un effet volume et à un effet prix

Cette baisse d'activité liée à une baisse des naissances et à une concurrence plus forte de la part de l'HPAB se traduit par une réduction des recettes qui se reflète dans les comptes de résultat du pôle Femme-enfant et des services de périnatalité. En effet, près de 95 % des recettes sont directement liées au niveau d'activité puisque environ 85 % correspond à la rémunération des GHS par l'Assurance maladie (T2A) et un peu moins de 10 % correspond au reste-à-charge des patients (ticket modérateur et forfait journalier).

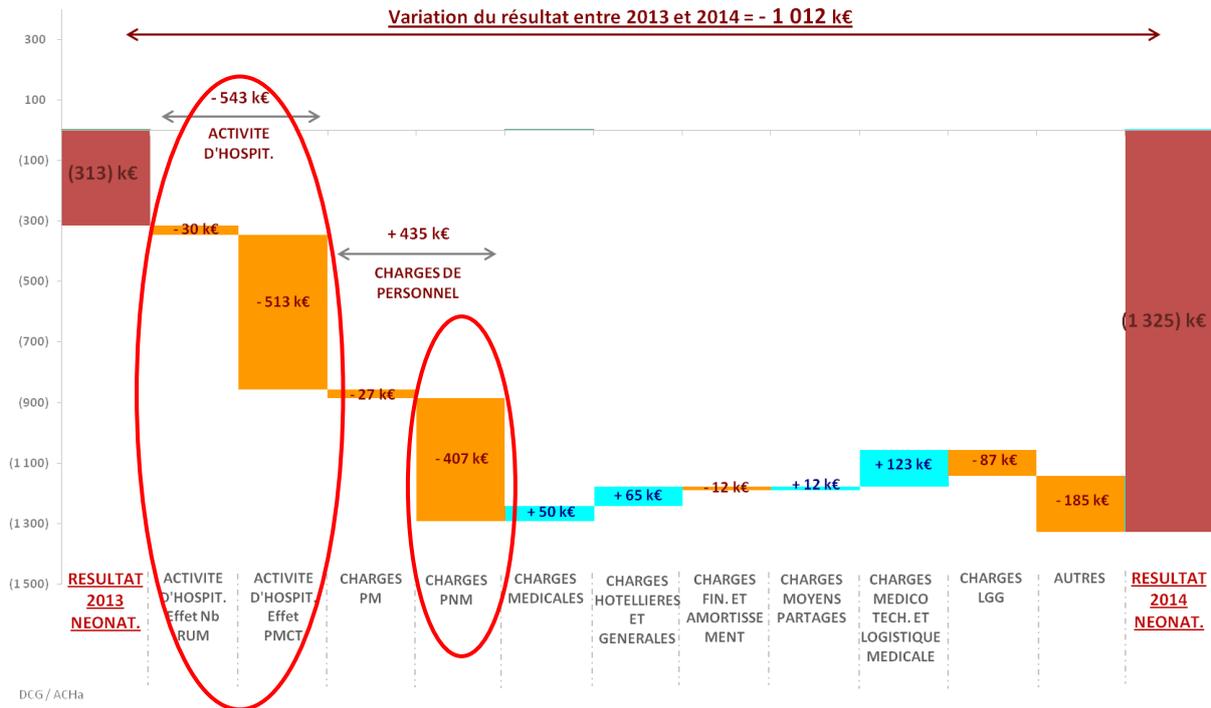
Si l'on s'intéresse au compte de résultat du service d'obstétrique, on note une baisse tendancielle des recettes tandis que les dépenses augmentent. Toutefois on observe en 2013 une inflexion des dépenses qui s'explique vraisemblablement par la réorganisation de la maternité.



Le graphique suivant réalisé par le service de contrôle de gestion à partir du compte de résultat montre la dégradation ou l'amélioration du résultat par type de charge et de produit. On constate que la dégradation du résultat de plus de 500 000 euro s'explique principalement par une diminution des produits de l'activité hospitalière (- 623 000 euro). On observe également qu'il s'agit avant tout d'un effet volume puisque la baisse du nombre de RUM contribue pour 518 000 euro à la détérioration du résultat. La réduction des charges de personnel non médical entraînée par la réorganisation de la maternité améliore le résultat de 236 000 euro.



En revanche si l'on se penche sur la néonatalogie le constat est inverse en ce qui concerne les produits de l'activité hospitalière : il s'agit avant tout d'un effet prix puisque la diminution du PMCT est à l'origine d'une dégradation du résultat de 513 000 euro. De surcroît, alors que les charges de personnel non médical du service d'obstétrique diminuent, celle de néonatalogie augmentent fortement et détériorent le résultat de 407 000 euro. Au final, le déficit de ce service se creuse de plus d'un million d'euro entre 2013 et 2014.



L'analyse des données PMSI permet d'expliquer l'effet prix qui pèse sur le résultat de néonatalogie. On observe que le nombre de RUM est resté stable et que le service n'a pas été impacté par la baisse du nombre de naissances observée sur le territoire. En revanche la valorisation T2A de l'activité a diminué de 5 % ce qui explique une baisse du PMCT dans la même proportion. La diminution sensible de la durée moyenne de séjour des nouveau-nés qui passe de 7,30 jours à 6,94 laisse penser qu'on a assisté à un allègement de la gravité des séjours.

Néonatalogie	2014	2013	Variation
RUM	1416	1422	0 %
Valorisation T2A	6830745	7169817	- 5 %
PMCT	4824	5042	- 4 %
DMS	6,94	7,30	- 5 %

En effet, on observe que le nombre de RUM diminue de 59 et de 48 dans les unités de réanimation et de soins intensifs alors que l'unité de soins continus compte 101 RUM

supplémentaires en 2014 notamment grâce à l'ouverture de lits koalas. Or, les séjours en réanimation et en soins intensifs bénéficient d'une valorisation supplémentaire compensant des moyens de prise en charge et notamment d'encadrement non médical plus important.

RUM néonatalogie	2014	2013	Variation
Réanimation	291	350	- 59
Soins intensifs	376	424	- 48
Soins continus	749	648	101
<i>Dont lits koala</i>	<i>164</i>		

2 Les propositions

Le diagnostic établi montre que l'accroissement du déficit s'explique en grande partie par une baisse des recettes. Or, les marges de manœuvre sur les entrées sont relativement limitées. D'une part, l'activité de périnatalité est fortement dépendante des évolutions démographiques locales. D'autre part, le contexte de restriction budgétaire qui pèse sur l'hôpital ne permet pas d'envisager le développement de nouvelles activités si elles ne sont pas rémunératrices en termes de T2A. Il est donc indispensable de continuer à rechercher la meilleure adéquation possible des ressources à l'activité (2.1). Des pistes d'amélioration de l'attractivité à moyens relativement constants sont toutefois envisageables (2.2). Mais pour assurer le bon déroulement des changements à conduire il est fondamental de mieux les préparer (2.3).

2.1 Achever la réorganisation de la périnatalité

La réorganisation de la maternité en 2014 avait touché principalement le service d'obstétrique mais la question d'un rapprochement des lits koalas du service de néonatalogie reste posée (2.1.1). Face aux réticences du personnel la réorganisation n'a pu être que partielle sur ce sujet aussi bien sur la place des sages-femmes dans le service d'obstétrique (2.1.2). Aujourd'hui, ces deux points sont de nouveau à l'ordre du jour et s'ajoute, compte-tenu de l'activité en baisse, une réflexion sur le capacitaire des deux services (2.1.2).

2.1.1 Rapprocher les lits koalas de la néonatalogie et mutualiser les équipes

Le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, dernier en date portant sur l'organisation des activités de périnatalité, établit les effectifs minimum en néonatalogie. Concernant les unités de soins continus, dont relèvent les lits koalas, l'établissement doit disposer d'un PDE pour six nouveau-nés. En l'occurrence, le Centre hospitalier d'Arras compte 13 lits de soins continus ; deux PDE doivent donc être présents dans l'unité en permanence. Or, l'organisation actuelle, nous l'avons vu, sépare les lits koalas de la néonatalogie et implique le maintien d'un PDE supplémentaire au sein de la maternité au regard des effectifs imposés par le décret. Ainsi, l'unité de soins continus compte actuellement un total de 18,06 ETP de PDE correspondant à la présence permanente de 2 + 1 PDE. Bien que les effectifs définis par le décret soient des effectifs minimum, le rapprochement des lits koalas du service de néonatalogie permettrait leur prise en charge par les 2 PDE de l'unité de soins continus sans que cela nuise vraisemblablement à la qualité des soins et de la prise en charge. En effet, ces 2 PDE sont assistées par 2 auxiliaires de puériculture que le décret ne prévoit pas. Ainsi, 6,02 ETP de PDE correspondant à la prise en charge actuelle des lits koalas par un PDE

présent 24h/24 et 7j/7 tout au long de l'année pourraient être économisés (cf. annexe Hypothèses de réorganisation de la périnatalité)

Les recommandations formulées par l'ARS vont en ce sens. Cette réorganisation qui se traduirait par un transfert géographique des lits de l'unité césariennes/koalas constituerait l'aboutissement de la réorganisation entamée en 2014. En effet, lors du regroupement des unités de maternité (GHR, SDN et césariennes-koalas) au sein d'un même couloir, le rapprochement de l'unité césariennes/koalas de la néonatalogie avait été envisagé mais finalement écarté sur le motif qu'une activité forte au sein de la maternité et en particulier au sein de cette unité justifiait un tel encadrement paramédical. Le maintien des compétences d'un PDE pour seulement 3 lits koalas au sein de la maternité constituait une contrepartie à la réduction des effectifs difficilement subie par les agents. Or, l'activité n'a pas été celle prévue. Les lits koalas semblent avoir bien répondu à un besoin puisque leur taux d'occupation est élevé. Toutefois, les 11 lits césariennes qui constituent le reste des lits de l'unité sont faiblement occupés. Par conséquent, le maintien d'une unité avec un PDE, un IDE et un AP (les autres unités de la maternité ne disposant que de la présence d'une SF et d'un AP) a pu être remis en question.

2.1.2 Renforcer la place des sages-femmes

La grossesse et l'accouchement ne constituent pas en principe une pathologie requérant à proprement parler des soins médicaux et infirmiers. Ce « processus naturel » requière avant tout une autre prise en charge qui est celle apportée par les sages-femmes. Après des décennies de médicalisation de l'accouchement ayant permis certes de sauver de nombreuses vies (la mortalité en couche reste la première cause de mortalité des femmes en Afrique), cette conception est en partie remise en question. C'est en ce sens qu'est allée la revalorisation du statut des sages-femmes ou encore l'expérimentation en cours de maison de naissances offrant aux mères un autre cadre que celui de l'hôpital.

La réorganisation du service d'obstétrique au Centre hospitalier d'Arras a été l'occasion de s'inscrire dans cette nouvelle approche et une place centrale a voulu être accordée aux sages-femmes. La présence d'IDE au sein des unités de suites de naissance a été remplacée par celle de sages-femmes assistées d'auxiliaires de puériculture. Le même binôme a été retenu pour l'unité des grossesses à haut risque relevant également des compétences des sages-femmes. Seule l'unité des femmes césarisées présentant des risques de complication et des nouveau-nés koalas présentant une pathologie modérée a conservé des compétences purement infirmières avec la présence d'un IDE et d'un PDE. Un poste IDE supplémentaire et a été maintenu à hauteur d'un ETP afin de prendre en charge les femmes ayant subi une orthogénie (participation à l'acte technique en salle d'orthogénie).

Néanmoins, comme cela a déjà été évoqué, l'intégration des sages-femmes n'a pas été sans difficultés comme en témoigne les faibles résultats en matière de Programme d'accompagnement à domicile. Le PRADO offre aux mères une prise en charge à domicile dès le troisième jour après l'accouchement par une sage-femme libérale dont le coût est supporté par la CPAM. Après un an de PRADO au Centre hospitalier d'Arras, la part des femmes éligibles au programme n'atteint que 43 % et reste nettement en dessous des établissements du département comparables comme le Centre hospitalier de Lens où cette part est de 70 %. Ces mauvais résultats s'expliquent en grande partie par la mauvaise articulation entre les médecins et les sages-femmes dont les compétences ne sont pas encore tout à fait reconnues.

Pour renforcer la place des sages-femmes en périnatalité plusieurs pistes sont envisageables. La première, qui va de pair avec le rapprochement des lits koala de la néonatalogie et leur prise en charge par les PDE de soins continus, consiste à remplacer l'IDE de l'unité césariennes/koalas par une sage-femme afin de reconstituer le binôme SF/AP présent dans les autres unités du service d'obstétrique. Il ne subsisterait alors plus que l'IDE en charge de l'orthogénie qui pourrait voir son temps de présence renforcé afin d'assurer un poste de jour permanent (soit 1,75 ETP contre 1 ETP actuellement ; cf. annexe Hypothèses de réorganisation de la périnatalité). Cet IDE serait alors en mesure d'apporter son soutien dans la prise en charge des mères ayant subi une césarienne. La seconde piste consisterait donc à ne laisser qu'un cadre de santé sage-femme pour le bloc obstétrical et la maternité. Le cadre de santé IDE actuellement en charge de l'encadrement paramédical du service pourrait être muté dans un autre service. Cela permettrait de renforcer le sentiment d'intégration des SF et d'améliorer le climat de travail. Enfin, il conviendrait de former les SF afin que celles-ci soient en mesure d'accomplir les diverses tâches connexes anciennement dévolues aux IDE.

2.1.3 Revoir le capacitaire de la maternité et de la néonatalogie au regard de l'activité

Le constat d'une baisse de la natalité sur le territoire et d'une concurrence accrue de l'établissement privé voisin s'est trouvé confirmé par une diminution sensible de la fréquentation des lits de la maternité. En 2013 comme en 2012, de janvier à mai, la fréquentation était en moyenne de 46 personnes par jour. Ce constat avait conduit à réduire le capacitaire de 52 à 45 lits. Ainsi il était prévu que le taux d'occupation qui était de 72 % en 2013 remonte à 84 % après la réorganisation. Néanmoins, la fréquentation a continué à diminuer pour atteindre 39 personnes par jour en 2014 et 36 en 2015 comme le montre le graphique suivant.

Face à ce constat, une nouvelle réduction du capacitaire est donc envisageable. Au lieu de disposer de 45 lits répartis en 4 unités de 10/12 lits, le service d'obstétrique pourrait être réduit à 36 lits répartis en 3 unités de 12 lits (cf. annexe Hypothèses de réorganisation de la périnatalité). Cette réduction du nombre de lits n'aurait aucun impact sur les recettes puisque le capacitaire n'entre plus en ligne de compte avec la tarification à l'activité. En revanche elle permettrait de réduire les charges indirectes liées à l'exploitation de locaux et la fermeture d'une unité supposerait la diminution des effectifs d'un binôme SF/AP, soit une économie de 12 ETP sur l'année.

Par ailleurs, ce cadre de fonctionnement est plus adapté à un ajustement des effectifs à la variation quotidienne de l'activité. Actuellement, la surcapacité du service d'obstétrique implique qu'il est nécessaire de demander aux agents, de manière récurrente et sans pouvoir respecter le délai de prévenance, de rester chez eux. Ce mode de gestion des effectifs est très mal vécu par les agents et constitue une réelle difficulté pour le cadre de santé. Il serait plus facile, dans un cadre de fonctionnement plus ajusté à l'activité, de trouver des effectifs supplémentaires les jours où il y a un surcroît d'activité.

De plus, la spécialisation actuelle des unités de la maternité entraîne un cloisonnement qui nuit à la mutualisation des effectifs en cas de sous activité. Ainsi, on observe les jours où le taux d'occupation est faible des disparités de charge de travail entre les unités. Or, le décret de 1998 n'impose pas la spécialisation des unités et les recommandations de l'ARS vont dans le même sens ; la réduction du capacitaire pourrait donc être l'opportunité de remettre en cause cette spécialisation et de favoriser la cohésion du service.

Enfin, comme nous l'avons vu, l'activité du service de néonatalogie s'est caractérisée en 2014 par une moindre gravité des cas traités. Or, l'unité de réanimation s'est vu accorder en 2013 l'autorisation d'installer deux lits supplémentaires ce qui signifie, selon le décret régissant la périnatalité, la présence permanente d'un PDE additionnel. La pertinence de cet accroissement du capacitaire peut être donc questionnée et une étude plus approfondie mériterait d'être menée.

2.2 Accroître l'attractivité de la périnatalité et améliorer l'articulation au sein du pôle

Achever la réorganisation de la périnatalité semble indispensable du point de vue de l'efficacité et inévitablement de la qualité de soins. C'est en ce sens, nous l'avons vu, que s'est exprimée l'ARS au cours du dialogue de gestion. A ce titre, la labellisation HAB de la périnatalité constituerait la reconnaissance d'une plus grande efficacité fortement appréciable aussi bien pour les soignants et les patients que pour la Direction (2.2.1). Le

développement de nouvelles activités à moyens relativement constants permettrait également de renforcer l'attractivité de la périnatalité (2.2.2). Enfin, c'est l'organisation globale du pôle qu'il est nécessaire de rendre plus cohérente afin d'en améliorer le fonctionnement (2.2.3)

2.2.1 Renforcer la démarche de labellisation HAB

La réorganisation de la maternité en 2014, si elle semblait indispensable au regard du déficit, a eu pour conséquence une dégradation du climat de travail. Bien que celle-ci n'ait pas eu d'impact sur la sécurité et la qualité des soins à proprement parler, cette situation pourrait toutefois avoir nui à la prise en charge avoir été ressentie par les patients.

Suite à des réflexions et des études sur les bienfaits de l'allaitement maternel, le label Hôpital Ami des Bébé a été lancé en 1992 par l'OMS, l'UNICEF et l'association internationale de pédiatrie. Cette initiative qui n'a cessé de prendre de l'ampleur a commencé à se structurer en France à partir de 2000. L'amélioration de la qualité des soins apportés par cette démarche a été reconnue par la Haute autorité de santé en 2006 et en 2015, 24 établissements sont labellisés.

Le label garantit une prise en charge respectueuse du rythme biologique et psychologique du nouveau-né et de sa mère en favorisant notamment le « peau à peau » aussitôt après la naissance, l'allaitement maternel et la proximité mère-enfant. 12 critères déclinés dans une grille d'évaluation détaillée permettent de déterminer si la maternité et le service de néonatalogie d'un établissement peuvent être labellisés.

La mise en place de cette prise en charge repose sur trois piliers :

- la formation des équipes soignantes
- l'organisation des soins autour du rythme biologique et psychologique du nouveau-né et de la mère
- la constitution d'un réseau afin d'assurer une continuité des soins

Elle est donc bénéfique aussi bien en termes de qualité des soins que pour les équipes soignantes sur laquelle elle repose et qu'elle valorise.

Dans le contexte du Centre hospitalier d'Arras et dans la perspective d'une nouvelle réorganisation seulement un an après la première vague, le soutien de la Direction à cette démarche menée par les équipes médicales et soignantes montrerait la volonté de s'engager aussi pour la qualité des conditions de travail et des soins. Ce label constituerait de surcroît un avantage par rapport à la maternité de l'HPAB dont le regain d'activité au détriment du CHA repose sur l'image d'un meilleur service rendu et par rapport au Centre

hospitalier de Lens qui comme le CHA dispose d'une périnatalité de niveau III. Le CHA serait le seul établissement du département labellisé.

La démarche HAB a été entamée l'année dernière par des médecins et des soignants des services d'obstétrique et de néonatalogie et une lettre d'engagement a été adressée à l'association Initiative hôpital ami des bébés en octobre. Une première auto-évaluation sur la base de la grille proposée par l'IHAB a été menée en janvier 2014 et des groupes de travail pour améliorer les points faibles ont été constitués. Toutefois, faute de temps, cette lancée a dû être interrompue. Depuis le mois de juin le travail a repris sous forme de « déjeuners IHAB » mais compte-tenu de l'ampleur de la tâche, ces réunions qui n'ont lieu qu'une fois par mois entre midi et deux heures sont insuffisantes. Une réflexion au sein de la Direction et de l'encadrement du pôle pour soutenir cette démarche devrait donc être menée.

2.2.2 Développer des activités connexes favorisant l'attractivité

La labellisation HAB du Centre hospitalier d'Arras permettrait un regain d'attractivité de la maternité. Le développement parallèle de certaines activités connexes viendrait également élargir l'éventail de la patientèle. A ce titre, trois initiatives ayant fait la preuve de leur impact positif sans que cela ait un coût élevé pour l'établissement mériteraient d'être renforcées.

En premier lieu, il conviendrait de maintenir les consultations externes médicales et paramédicales en gynéco-obstétrique et d'ouvrir ces consultations pour échographies aux mamans suivies en ville soit par un gynécologue soit par une sage-femme libérale. Le pôle Femme-enfant bénéficie au sein de l'établissement d'un plateau de consultation propre qui constitue un élément important d'attractivité par rapport au secteur privé. Or, le nombre de salles de consultations devrait être diminué du fait de certaines réorganisations.

D'une part, le Conseil départemental du Pas-de-Calais reprendra, en 2016, la gestion du Centre de planification et d'éducation familial et l'antenne existante au CHA sera fermée. En conséquence, le pôle ne comptera plus les deux salles de consultations du CPEF également utilisées pour des consultations gynéco-obstétriques classiques.

D'autre part, l'une des trois salles de consultations du plateau Femme-enfant devait être fermée en prévision du départ à la retraite de certains praticiens et de la difficulté de les remplacer. Néanmoins, des recrutements ont pu être réalisés et les locaux de consultations externes risquent d'être insuffisants. Si les deux salles du CPEF devraient être remplacées au sein du plateau de consultations, la fermeture d'une des trois salles de consultations est toujours à l'ordre du jour et inquiète les médecins gynécologues-obstétriciens.

En second lieu, il conviendrait de relancer les consultations avancées en gynéco-obstétrique. Le CHA administre deux autres établissements de santé de l'Artois-Douaisis principalement tournés vers la prise en charge des personnes âgées : le Centre hospitalier du Ternois en administration commune et le Centre hospitalier de Bapaume en administration par intérim. Ce territoire de santé connaissant une faible densité médicale, des conventions de partenariat ont été établies avec ces établissements afin d'y proposer des consultations spécialisées réalisées par des praticiens du CHA. Les consultations avancées de gynéco-obstétrique ont prouvé leur utilité aussi bien pour la population que pour le CHA. En effet, ces consultations sont génératrices d'activité en aval pour le Centre hospitalier d'Arras : une patiente de chirurgie gynécologique sur dix est « recrutée » au Centre hospitalier de Bapaume. Toutefois, les conditions d'exercice en matière d'obstétrique se trouvent limitées par l'absence de matériel adapté. L'ancienneté de l'échographe du Centre hospitalier de Bapaume et l'absence totale d'échographe au Centre hospitalier du Ternois, notamment, empêchent la réalisation du suivi des grossesses. Par ailleurs, le gynécologue-obstétricien se rendant au Centre hospitalier du Ternois devrait quitter l'établissement dans peu de temps. Cette activité basée sur le volontariat des médecins se trouve par conséquent menacée et il serait donc souhaitable que la Direction veille à son remplacement. L'investissement dans du matériel adapté et un travail de communication pour redynamiser les consultations obstétriques pourraient être des éléments pour attirer un nouveau praticien et une nouvelle patientèle.

Enfin, il serait souhaitable de renforcer le PRADO et ce, à deux égards. D'abord, l'enquête menée au niveau local par la CPAM montre que les mères se montrent très satisfaites du programme (93% d'entre elles). La prise en charge à domicile correspond à leur attente. De plus, au-delà d'orienter les mères vers des sages-femmes libérales, les conseillers de l'assurance maladie offrent également une aide dans les démarches administratives telles que l'affiliation du nouveau-né à l'Assurance maladie. Le développement du PRADO au Centre hospitalier d'Arras où la marge de progression est importante permettrait donc d'accroître l'attractivité de la maternité. Ensuite, les études menées au niveau national par la CNAM montrent que, bien qu'il ne s'agit pas de l'objectif premier du programme, la durée moyenne de séjour diminue de 0,3 jour en passant de 4,4 à 4,1 sans que le taux de réhospitalisation s'en trouve affecté. Or, la DMS du Centre hospitalier d'Arras se situe au-dessus de la DMS nationale ce qui le pénalise en matière de financement. En effet, le tarif des GHS étant calculé sur la base de la DMS nationale et s'appliquant sur tous les séjours quel que soit leur durée (dans la limite d'une fourchette définie autour de la DMS nationale), les établissements se situant au-dessus de la DMS nationale se trouvent sous financés.

Par ailleurs, d'autres pistes peuvent être explorées afin d'accroître l'attractivité de la maternité telles que la réalisation de séances de préparation à l'accouchement en piscine ou encore l'ouverture de l'hôpital aux sages-femmes libérales. Des propositions du personnel paramédical ont été faites en ce sens.

2.2.3 Achever la constitution d'un « pool » poli-compétent

L'activité de périnatalité s'inscrit au sein d'un pôle se caractérisant par une homogénéité des pathologies et des prises en charge. Comme le prévoit donc le décret du 11 juin 2010 relatif au fonctionnement des pôles d'activité, le contrat de pôle définit des objectifs communs à l'ensemble des services qui le composent et, afin d'assurer leur mise en œuvre, précise les champs et les modalités de délégation de signature accordée au chef de pôle. Une réorganisation de la périnatalité ne peut, par conséquent, être pensée en dehors de ce cadre.

Partant de cette proximité des prises en charge entre les services composant le pôle Femme-enfant, le contrat d'offre de soins et de performance de 2011, prévoyait dans son axe portant sur les ressources humaines, le développement de la polyvalence des équipes paramédicales afin de parvenir à un ajustement plus aisé des effectifs aux variations d'activité et aux absences mais aussi de lutter contre le cloisonnement des services et permettre une meilleure articulation des prises en charge.

Si cette polyvalence s'est effectivement développée, notamment entre la néonatalogie et la pédiatrie avec un accord entre les deux services sur la rotation des PDE, des améliorations restent à être apportées dans la définition d'un cadre de fonctionnement. En effet, la polyvalence se traduit le plus souvent par des « prêts » de personnel entre services décidés au jour le jour. Ce mode de fonctionnement est source de tensions quotidiennes pour le personnel et les cadres de santé chargés de l'organisation du travail mais aussi au moment d'imputer les charges et d'analyser les comptes de résultat.

Pour remédier à ces difficultés, il a été décidé au sein du pôle la constitution d'un « pool » de quinze agents paramédicaux bi-compétents (AS, AP, IDE, PDE) à disposition des différents services du pôle. Cette initiative approuvée en début d'année par la Direction et le Comité technique d'établissement devrait entrer en fonctionnement à la fin de l'année. Toutefois, basé sur le volontariat et n'offrant pas encore toutes les garanties et avantages suffisants pour le personnel, la constitution du « pool » reste difficile notamment en ce qui concerne la charte d'organisation du travail qui doit en régir le fonctionnement.

Bien que le nouveau contrat de pôle signé en 2014 ne retienne plus le développement de la polyvalence comme objectif prioritaire, un engagement plus marqué de la part de l'encadrement du pôle bénéficiant de larges compétences en matière de ressources humaines permettrait de faire aboutir ce projet permettant plus de transparence

et d'efficience dans la gestion du personnel. Il convient notamment de définir plus précisément la grille des compétences de chaque catégorie d'agents du « pool », les formations nécessaires et leur périodicité, les conditions de « mise à disposition » au sein des services (durée, encadrement, etc.), les avantages liés à l'engagement volontaire des agents (par exemple, priorité sur les congés) et évaluer les acquis dans les différents domaines.

2.3 Revoir la gestion du pôle

La mise en place de pôle d'activité clinique et médico-technique entend permettre une gestion plus efficiente en rapprochant les décisions dans certains domaines de l'activité de soins. La mise en place de ce nouvel échelon de gouvernance ne se fait pas sans difficultés car elle nécessite donc la symbiose de logiques supposées contradictoires : les logiques administratives et les logiques médicales. Le processus de réorganisation que vit depuis l'an passé, la périnatalité du Centre hospitalier d'Arras témoigne de ces obstacles. Cependant, certains facteurs sont de nature à favoriser la mise en place de cette nouvelle gouvernance. Dans le cas présent trois pistes sont à explorer : le perfectionnement des outils de gestions dans le sens d'une plus grande fiabilité et d'une plus grande d'accessibilité à toutes les personnes intéressées par la gestion du pôle (2.3.1) ; l'amélioration du dialogue de gestion entre le trio de pôle notamment à travers une plus rapide et meilleure diffusion des informations (2.3.2) ; enfin une association plus poussée des considérations médicales et soignantes dans la prise de décision (2.3.3).

2.3.1 Adapter et fiabiliser les outils de gestion du pôle

Avec la mise en place de la tarification à l'activité, il a été nécessaire de développer le dialogue médico-administratif ; il faut notamment que les équipes médicales et paramédicales s'approprient les mécanismes du système et prennent conscience du niveau et du type de l'activité réalisée afin d'adapter les pratiques et d'optimiser le financement. C'est aussi une exigence très forte des médecins eux-mêmes parce qu'ils connaissent parfaitement les notions de diagnostic, de pronostic et d'évaluation des risques. Par conséquent, l'élaboration d'outils fiables, c'est-à-dire d'outils reflétant la réalité de l'activité, est indispensable pour établir un bon dialogue de gestion. Or, sur les outils utilisés au sein du pôle Femme-enfant du Centre hospitalier d'Arras des progrès restent à faire.

Deux outils permettent principalement de suivre périodiquement l'activité médico-économique du pôle : les tableaux de bord réalisés trimestriellement par le cadre administratif à partir des données du PMSI et les CREA élaborés annuellement par les contrôleurs de gestion. Ces outils servent de point d'appui au dialogue de gestion qui se déroule en bureau de pôle, réunissant en principe le trio de pôle et le directeur-adjoint référent une fois par semaine, et en bureau de pôle élargi qui se réunit un fois par mois et qui compte également la présence des chefs de service, des praticiens et des cadres des santé.

Le tableau de bord, dont la trame est élaborée par les contrôleurs de gestion et complétée par le cadre administratif du pôle, se présente sous la forme d'un tableau comparant les données du trimestre en cours à celles du trimestre de l'année précédente. Il se décline par service et se trouve agrémenté de quelques graphiques. Or, si les informations contenues sont intéressantes (nombre de RUM, de consultations externes, d'actes CCAM, de passages, valorisation T2A, DMS, sévérité, ETP rémunérés, absentéisme, etc.), la forme qu'elles revêtent ne conviennent pas à une réunion de deux heures du type bureau de pôle ou bureau de pôle élargi. Il conviendrait de concevoir une version davantage synthétique et visuelle afin que l'information circule mieux et que les équipes médicales et paramédicales puissent apporter leur analyse. Les tableaux de bord permettent d'avoir un aperçu immédiat de l'activité et donc de réagir en conséquence. A ce titre, ils constituent un outil stratégique insuffisamment exploité qui pourrait même être élaboré mensuellement.

Les CREA sont également élaborés par les contrôleurs de gestion et sont disponibles dans le courant du deuxième trimestre de l'année pour l'année n - 1. Les cadres administratifs de pôle ont la mission d'expliquer les résultats à partir des données du PMSI et des analyses apportées par les équipes médicales et soignantes. Or, après avoir rencontré les chefs de service et les cadres de santé service par service, il est apparu que les CREA contenaient des erreurs qui altéraient parfois sensiblement le résultat. Dans le CREA du service de néonatalogie, il est apparu, par exemple, qu'une recette de suppléments inhérents à l'activité de néonatalogie n'avait pas été valorisée et que les charges de personnel non médical se basaient sur un tableau non actualisé des effectifs où apparaissaient des agents qui n'étaient plus présents ; ces deux erreurs ont eu un impact sur le résultat de plus de 200 000 euros. Dans ces conditions, il est difficile de demander des efforts aux équipes médicales et soignantes sur la gestion des soins. Par conséquent, il serait souhaitable que le processus d'élaboration et de récolte des informations qui alimentent les CREA soit revu afin d'améliorer la fiabilité des outils et la qualité du dialogue de gestion. D'autres outils, tels que l'EPRD qui permettrait d'avoir une vision sur les recettes et les dépenses du pôle, pourraient être plus pertinents comme le constate l'IGAS dans un rapport faisant le bilan de l'organisation des hôpitaux en pôle en 2010.

2.3.2 Renforcer l'encadrement de pôle

La loi HPST a voulu réaffirmer le pôle comme niveau de gestion pertinent dans l'organisation interne des hôpitaux. Afin d'éviter la multiplication redondante des niveaux de décision et *in fine* une perte d'efficacité, il est indispensable de définir clairement les champs de compétences de chacun. Si, comme il a été vu précédemment, un travail est à réaliser sur les outils de gestion du pôle Femme-enfant, le processus administratif enclenché suite

l'aggravation du déficit laisse apparaître qu'il serait plus important encore de réaffirmer ou de revoir l'encadrement du pôle. A ce titre plusieurs pistes sont à mettre en œuvre.

En premier lieu, il semble nécessaire de revoir le cadre du dialogue de gestion entre l'administration, les médecins et les soignants. Le contrat de pôle prévoit que le quatuor de pôle se réunit une fois par semaine (le vendredi de 9h à 10h30) ; sont présents le cadre administratif, le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et le directeur-adjoint référent. Toutefois, le chef de pôle et le directeur-adjoint référent ne sont souvent pas en mesure d'être présents. Pour tenir en considération leurs obligations respectives et afin de rendre plus systématique les réunions de ce quatuor, il pourrait être envisagé de ne prévoir une rencontre du quatuor de pôle qu'une fois tous les quinze jours.

Par ailleurs, il est indispensable de réaffirmer le rôle du directeur-adjoint référent : d'une part en prévoyant des points réguliers avec le cadre administratif du pôle afin que ce dernier puisse se faire effectivement le relais de la position de la direction dans le dialogue de gestion avec les équipes médicales et soignantes ; d'autre part en assurant autant que possible sa présence en bureau de pôle et en bureau de pôle élargi afin de donner plus de poids au dialogue et avancer plus vite dans les décisions.

Enfin, hormis dans le cadre du fonctionnement normal de la gestion du pôle, il semble nécessaire, au vue de la situation qui a découlé de l'aggravation consécutive du déficit en 2014, de prévoir les règles d'encadrement en « temps de crise ». En effet, dans la recherche de solutions, les réunions et les propositions se sont multipliées à l'initiative des différents acteurs concernés sans que, jamais, tous soient réunis autour d'une table. Un bureau de pôle exceptionnel aurait pu éventuellement être prévu par le directeur-adjoint référent réunissant les acteurs pertinents.

Le contrat du pôle Femme-enfant, désigné dans son préambule comme « l'outil opérationnel privilégié de pilotage des pôles », devrait donc être le document qui régit l'encadrement du pôle. Or, il apparaît dans la dernière version signée en 2014 que cette partie est quelque peu succincte, notamment concernant les fonctions et les obligations de chacun.

2.3.3 Tenir compte des limites des CREA comme outil de gestion

Si la gestion du pôle Femme-enfant pourrait être revue au niveau des outils et de l'encadrement, une réflexion plus large mériterait d'être menée sur la gestion par les données chiffrées. Le but de l'organisation des hôpitaux en pôles est d'abord d'améliorer la prise en charge du patient, notamment en fluidifiant le parcours du patient. Il est aussi de parvenir à une meilleure gestion des ressources disponibles, tant financières qu'humaines. Dans les faits, dans un contexte de restrictions budgétaires et avec la mise en place de la T2A, c'est souvent le second objectif qui prédomine sur le premier. Le fait que les cadres EHESP – Réorganisation de la périnatalité au Centre hospitalier d'Arras – 2015

administratifs de pôle soient souvent sous l'autorité du directeur-adjoint des finances (ce qui est le cas au CHA) et que, fréquemment, les fonctions de cadre administratif de pôle soient occupées par des contrôleurs de gestion, témoignent de cette tendance.

Dans la situation vécue actuellement au sein du pôle Femme-enfant, la prédominance de la gestion par les données chiffrées s'est manifestée à deux niveaux. D'une part, la parution du CREA déficitaire a conduit d'une manière quasi systématique à la volonté de réorganiser à nouveau le pôle, sans que plus de réflexion n'ait été menée sur les causes et les solutions possibles. Par conséquent, les énergies se sont concentrées sur l'élaboration de propositions de réorganisation du capacitaire et des équipes soignantes au sein de la périnatalité.

D'autre part, les différentes hypothèses ont été hiérarchisées en grande partie en fonction de leur coût financier. En effet, il m'a été demandé de résumer les propositions dans un tableau et de les valoriser en fonction des rémunérations annuelles moyennes de chaque type d'agent (cf. annexe Hypothèses de réorganisation de la périnatalité). C'est dans un second temps, et à l'initiative du cadre supérieur de santé du pôle qu'une analyse des avantages et des inconvénients a été réalisée (cf. annexe Avantages et inconvénients des hypothèses de réorganisation). Seulement un an après une réorganisation d'ampleur de la périnatalité, il serait éventuellement souhaitable de réaliser une étude de la charge de travail avant de se lancer dans un nouveau processus de réorganisation.

Enfin, il serait intéressant de se questionner sur l'utilisation des CREA comme outil de gestion de pôle car ceux-ci tendent à renforcer les rivalités entre pôles ou services excédentaires et déficitaires. Or, un pôle ou un service déficitaire peut générer indirectement une activité excédentaire dans un autre pôle ou service. La direction doit donc être garante de l'équité entre les pôles et le cadre administratif doit garantir celle entre les services, d'autant plus si la délégation de gestion est poussée.

Par ailleurs, la périodicité des CREA est trop longue car l'organisation des services évolue rapidement et les comparaisons d'une année sur l'autre ne sont pas toujours pertinentes. Les chefs de pôle ont besoin d'indicateurs opérationnels pour piloter leur structure, c'est-à-dire dans des délais qui sont rarement ceux des directions des affaires financières et des directions du contrôle de gestion. Les pôles ont en général besoin d'une information infra-annuelle alors que les directions des finances ne livrent les comptes de résultat qu'après la clôture des comptes. Des tableaux de bords mensuels adaptés à chaque pôle voire à chaque service seraient éventuellement un outil de gestion plus pertinent.

Enfin, il faut tenir compte, qu'outre le fait que la construction des CREA est extrêmement complexe et peut contenir des erreurs, la tarification à l'activité est un mode de financement en évolution permanente et que certaines activités restent sous-valorisées. Un

rapport de la Cour des comptes sur la situation des maternités en France en 2015 pointe le sous-financement structurel des maternités, qui ne peuvent trouver un équilibre qu'à partir de 1100 à 1 200 accouchements par an, en raison d'une déconnexion ancienne des tarifs et des coûts réels. Malgré une évolution tendant à développer un tarif spécifique lié à la prise en charge du nouveau-né (la CMD 14 – grossesses et accouchements – a été revue en 2013 ou 2014 et les tarifs réévalués), il est permis de s'interroger sur l'adaptation de la tarification à l'activité à ces établissements.

Conclusion

Si le regard nouveau qu'apporte la présence d'un stagiaire permet de mettre en avant des éléments qui avaient pu être négligés, la plupart des constats et des préconisations faits dans le cadre de ce mémoire résultent des échanges avec les différents acteurs impliqués dans la gestion du pôle et de la périnatalité. La plus-value espérée de ce mémoire réside donc surtout dans le travail de compilation organisée de ces différents éléments qui peut difficilement être réalisée dans l'exercice quotidien des fonctions de chacun. Néanmoins, la dernière sous-partie de chacune des deux parties – l'explication du déficit par la baisse de l'activité sans diminution proportionnelle des dépenses de personnel (1.3) et la préconisation de revoir la gestion du pôle Femme-enfant (2.3) – relève davantage d'une analyse personnelle.

Le diagnostic établi remet en question l'a priori d'un déficit qui s'expliquerait par des dépenses non maîtrisées. En effet, il semblerait qu'une baisse de l'activité, et donc des recettes, soit également un facteur déterminant. De surcroît, bien que le Centre hospitalier d'Arras se trouve au-dessus du seuil des 1 200 accouchements qui selon la Cour des comptes permet d'atteindre un équilibre financier avec la T2A, certaines activités restent sous valorisées. Par ailleurs, la réorganisation qui a eu lieu en 2014 n'a pas encore été totalement intégrée par les équipes soignantes dont les conditions de travail ont visiblement été fortement impactées. Ces éléments doivent être pris en compte dans le projet de réorganisation actuel.

Il semblerait que parachever le processus entamé en 2014 aussi bien du point de vue de l'organisation des unités avec le rapprochement des lits koala de la néonatalogie, que du point de vue qualitatif avec notamment la labellisation HAB, soit nécessaire. Toutefois, une nouvelle réduction du capacitaire mériterait d'être pensée de manière plus approfondie en termes d'impact sur les conditions de travail des équipes soignantes et en termes de projection sur l'évolution de l'activité et de la tarification. Dans ce processus, renforcer la gestion du pôle semble indispensable.

A l'image de la coopération sanitaire en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins, l'organisation des pôles reste un défi dans l'organisation interne des hôpitaux. La loi HPST a tenté de renforcer ces deux aspects et la loi de santé publique actuellement en discussion tentera à nouveau de préciser les règles dans ces domaines. Si concernant la coopération sanitaire il semblerait que le Gouvernement et le législateur s'orientent avec les GHT vers un caractère contraignant, en ce qui concerne les pôles on s'attend à une inflexion vers plus de souplesse. En effet, le regroupement des services en pôles ne semble pas pertinent dans les plus petits établissements et l'obligation de constituer des pôles dans tous les hôpitaux devrait être remise en cause.

Néanmoins, les règles d'organisation des pôles, pour les établissements dans lesquels il a été pertinent de les mettre en place, restent à préciser afin d'éviter que le pôle ne devienne l'échelon supplémentaire d'un mille-feuille administratif. Les fonctions du cadre administratif de pôle, notamment, doivent être précisées afin qu'il puisse jouer pleinement son rôle de « collaborateur du chef de pôle » et d'interface de la Direction dans le pilotage médico-économique du pôle.

Bibliographie

Documents internes

- Tableaux de bord du pôle Femme-enfant, Centre hospitalier d'Arras
- Comptes de résultat analytiques du pôle Femme-enfant, Centre hospitalier d'Arras
- Contrat d'offre de soins et de performance du pôle Femme-enfant, Centre hospitalier d'Arras

Textes juridiques

- 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
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé

Rapports

- « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », IGAS, rapport n° RM2010-01P, février 2010
- « La situation des maternités en France », Cour de comptes, rapport n° 243, décembre 2014

Articles

- « Les pôles d'activités médicales, 10 ans après », Santé RH – La lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, n° 75, septembre 2015
- « Le management de pôles à l'hôpital : mise en application au centre hospitalier de Valenciennes », Cahiers de la fonction publique, n° 353, mars 2015

Ouvrage

- Granger, Bernard et Pierru, Frédéric, *L'hôpital en sursis : idées reçues sur le système hospitalier*, Paris, le Cavalier bleu, 2012

Liste des annexes

- Hypothèses de réorganisation de la périnatalité
- Avantages inconvénients des hypothèses de réorganisation

Organisation actuelle (effectifs théoriques)										
Service	Secteur	Unité	Nombre de lits ou naissances	Personnel non médical			Effectifs ETP	Coût salarial 2015	Commentaires	
				Matin (7h30)	Après-midi (7h30)	Nuit (10h30)				
Obstétrique	Naissance		2200 naissances	1 CS (jour)			1	60 998,04		
				2 SF (12h)		2 SF (12h)	11,8	637 958,98		
				1 SF (jour)			1,65	89 206,13	Urgences et admissions	
				1 AP (12h)		1 AP (12h)	5,9	243 970,43		
				1 ASH (jour)			1	41 350,92	Bionettoyage (erreur d'affectation)	
				1 CS 3 SF 1 AP 1 ASH	1 CS 3 SF 1 AP 1 ASH	2 SF 1 AP	1 CS 13,45 SF 5,9 AP 1 ASH	1 073 484,49		
				Personnel/naissance	0,0020	0,0023	0,0023	0,0014		Ne tient pas compte du CS
	Hospitalisation	GHR	10 lits	1 CS (jour)			0,8	48 798,43	0,8 + 0,2 ETP affecté aux charges de néonate.	
				1 SF (12h)		1 SF (12h)	5,9	318 979,49		
		César.	11 lits (+ 3 lits koala)	1 AP	1 AP	1 AP (mutualisé césar.)	6,02	248 932,54		
				1 PDE	1 PDE	1 PDE	2,02	117 590,26	Koala: 2,02 + 4 ETP affectés aux charges de néonate.	
				1 IDE	1 IDE	1 IDE	6,02	259 174,73		
				1 AP	1 AP		3,5	144 728,22		
		SDN	12 lits	1 SF (12h)		1 SF (mutualisé SDN)	5,9	318 979,49		
				1 AP	1 AP (mutualisé SDN)	1 AP (mutualisé SDN)	6,02	248 932,54		
		SDN	12 lits	1 SF (12h)			2,95	159 489,74		
				1 AP			1,75	72 364,11		
				1 IDE		1	43 052,28	Orthogénie		
				1 CS 3 SF 1 PDE 2 IDE 4 AP	1 CS 3 SF 1 PDE 1 IDE 3 AP	2 SF 1 PDE 1 IDE 2 AP	0,8 CS 14,75 SF 2,02 PDE 7,02 IDE 17,29 AP	1 981 021,82		
				Personnel/lit	0,18	0,22	0,18	0,13		Ne tient pas compte du CS
	Consultation									
	Total									
Néonatalogie	Soins continus	13 lits (dont 4 lits kangourou et 3 lits koala)	1 CS (jour)			1,2	73 197,65	1 ETP CS néonate. + 0,2 ETP CS obstétrique pour les AP		
			2 PDE	2 PDE	2 PDE	16,04	695 101,10	12,04 + 4 ETP en secteur naissance pour les lits koala		
			2 AP	2 AP	1 AP	9,54	394 487,78			
			3 PDE	3 PDE	3 PDE	18,06	782 638,77			
	Soins intensifs	11 lits	3 PDE	3 PDE	3 PDE	21,56	934 312,95			
	Réanimation	8 lits	4 PDE	4 PDE	3 PDE					
				1 PDE			1	43 335,48	Référent de soins	
				1 PDE			1,75	75 837,09	Transport	
				1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Matériel	
				1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Biberonnerie	
			1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Accueil		
			1 CS 11 PDE 5 AP	1 CS 9 PDE 5 AP	8 PDE 1 AP	1,2 CS 58,41 PDE 14,79 AP	3 216 003,14			
			Personnel/lit	0,41	0,50	0,44	0,28		Ne tient pas compte du CS	
Ce qui change par rapport à l'organisation décret								6 270 509,46		

Organisation décret										
Service	Secteur	Unité	Nombre de lits ou naissances	Personnel non médical			Effectifs ETP	Coût salarial 2015	Commentaires	
				Matin (7h30)	Après-midi (7h30)	Nuit (10h30)				
Obstétrique	Naissance		2200 naissances	1 SF (12h)		1 SF (12h)	5,9	318 979,49	1 SF pour 1000 naissances	
				1 SF (12h)		1 SF (12h)	6	324 385,92	1 ETP SF par tranche de 200 naissances supplémentaire	
				1 AP (ou AS)	1 AP (ou AS)	1 AP (ou AS)	6,02	248 932,54		
				2 SF	2 SF	2 SF	11,9 SF			
				1 AP	1 AP	1 AP	6,02 AP	892 297,95	1 CS à partir de 2500 naissances	
				0,0014	0,0014	0,0014				
					1 CS (jour)		1	60 998,04	1 CS pour les secteurs hospitalisation et naissance	
		Hospitalisation	Pas de spécialisation GHR/César/SDN	15 lits	1 SF (12h)		1 SF (12h; ou IDE)	5,9	318 979,49	
	1 AP				1 AP	1 AP	6,02	248 932,54		
	1 AS				1 AS		3,5	140 342,16		
		Hospitalisation	Pas de spécialisation GHR/César/SDN	15 lits	1 SF (12h)		1 SF (12; ou IDE)	5,9	318 979,49	
	1 AP				1 AP	1 AP	6,02	248 932,54		
	1 AS				1 AS		3,5	140 342,16		
		Hospitalisation	Pas de spécialisation GHR/César/SDN	15 lits	1 SF (12h)		1 SF (ou IDE)	5,9	318 979,49	
	1 AP				1 AP	1 AP	6,02	248 932,54		
1 AS	1 AS					3,5	140 342,16			
				1 CS	1 CS	1 CS				
				3 SF	3 SF	3 SF	17,7 SF			
				3 AP	3 AP	3 AP	18,06 AP			
				3 AS	3 AS	3 AP	10,5 AS	2 185 760,60		
			45 lits (35 berceaux)	0,18	0,20	0,20	0,13		Ne tient pas compte du CS	
	Consultation									
Néonatalogie					1 CS (jour)		1	60 998,04		
		Soins continus	13 lits	2 PDE	2 PDE	2 PDE	12,04	521 759,18	1 PDE pour 6 nouveaux-nés	
		Soins intensifs	11 lits minimum	4 PDE	4 PDE	4 PDE	24,08	1 043 518,36	1 PDE pour 3 nouveaux-nés	
		Réanimation	8 lits minimum	4 PDE	4 PDE	4 PDE	24,08	1 043 518,36	1 PDE pour 2 nouveaux-nés	
					1 CS	1 CS	1 CS			
				10 PDE	10 PDE	10 PDE	60,2 PDE	2 669 793,94		
			32 lits	0,31	0,31	0,31	0,31		Ne tient pas compte du CS	
								5 747 852,48		

Réorganisation hypothèse 1										
Service	Secteur	Unité	Nombre de lits ou naissances	Personnel non médical			Effectifs ETP	Coût salarial 2015	Commentaires	
				Matin (7h30)	Après-midi (7h30)	Nuit (10h30)				
Obstétrique	Naissance		2200 naissances	1 CS (jour)			1	60 998,04		
				2 SF (12h)			2 SF (12h)	11,8	637 958,98	
				1 SF (jour)				1,65	89 206,13	Urgences et admissions (10h-18h)
				1 AP (12h)			2 AP (12h)	8,85	365 955,64	1 poste AP de nuit transféré de la néonatalogie
				1 ASH (jour)				1		Réaffectation de l'ASH sur le bionettoyage
	Total		2200 naissances	1 CS 3 SF 1 AP 1 ASH	1 CS 3 SF 1 AP 1 ASH	2 SF 2 AP	1 CS 13,45 SF 8,85 AP 1 ASH	1 154 118,79		
	Personnel/naissance		0,0021	0,0023	0,0023	0,0018			Ne tient pas compte du CS	
	Hospitalisation		12 lits (+ 3 lits kaola)	1 CS (jour)			0,8	48 798,43	0,8 + 0,2 ETP affecté aux charges de néonatalogie	
				1 PDE			1 PDE	2,02	87 537,67	Koala; 2,02 + 4 ETP affectés aux charges de néonatalogie
				1 SF (12h)			1 SF (12h)	5,9	318 979,49	6,02 ETP IDE actuellement
				1 AP			1 AP	6,02	248 932,54	
				1 SF (12h)			1 SF (12h; mutualisé)	5,9	318 979,49	
				1 AP			1 AP (mutualisé)	6,02	248 932,54	
				1 SF (12h)				2,95	159 489,74	
	Total		36 lits (30 berceaux)	1 CS 3 SF 1 PDE 1 IDE 4 AP	1 CS 3 SF 1 PDE 1 IDE 3 AP	2 SF 1 PDE 2 AP	1 CS 15,3 SF 2,02 PDE 1,75 IDE 17,29 AP	1 724 083,72		
Personnel/lit		0,20	0,25	0,22	0,14			Ne tient pas compte du CS		
Consultation										
Total										
Néonatalogie	Soins continus	13 lits (dont 4 lits kangourou et 3 lits koala)	1 CS (jour)			1,2	73 197,65	1 ETP CS néonatalogie. + 0,2 ETP CS obstétrique pour les AP		
			2 PDE			2 PDE	16,04	695 101,10	12,04 + 4 ETP en secteur naissance pour les lits koala	
			1 AP			1 AP	3,5	144 728,22	2 AP (9,54 ETP) actuellement	
			3 PDE			3 PDE	18,06	782 638,77		
	Soins intensifs	11 lits	3 PDE			3 PDE	21,56	934 312,95		
	Réanimation	8 lits	4 PDE			4 PDE	3 PDE			
				1 PDE			1	43 335,48	Référent de soins	
				1 PDE			1,75	75 837,09	Transport	
				1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Matériel	
				1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Biberonnerie	
			1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Accueil		
Total		32 lits	1 CS 11 PDE 4 AP	1 CS 9 PDE 4 AP	8 PDE	1 CS 58,41 PDE 11,39 AP	2 966 243,58			
Personnel/lit		0,38	0,47	0,41	0,25			Ne tient pas compte du CS		
Ce qui change par rapport à l'organisation actuelle							5 844 446,09			

Réorganisation hypothèse 2										
Service	Secteur	Unité	Nombre de lits ou naissances	Personnel non médical			Effectifs ETP	Coût salarial 2015	Commentaires	
				Matin (7h30)	Après-midi (7h30)	Nuit (10h30)				
Obstétrique	Naissance		2200 naissances	1 CS (jour)			1	60 998,04		
				2 SF (12h)		2 SF (12h)	11,8	637 958,98		
				1 SF (jour)			1,65	89 206,13	Urgences et admissions	
				1 AP (12h)		2 AP (12h)	8,85	365 955,64	1 poste AP de nuit transféré de la néonatal.	
				1 ASH (jour)			1		Réaffectation de l'ASH sur le bionettoyage	
				1 CS	1 CS		1 CS			
				3 SF	3 SF		15,25 SF			
				1 AP	1 AP	2 SF	8,85 AP			
				1 ASH	1 ASH	2 AP	1 ASH	1 154 118,79		
				<i>Personnel/naissance</i>	<i>0,0021</i>	<i>0,0023</i>	<i>0,0018</i>			Ne tient pas compte du CS
	Hospitalisation	César.	14 lits (+ 3 lits kaola)	1 CS (jour)			0,8	48 798,43	0,8 + 0,2 ETP affecté aux charges de néonatal.	
				1 PDE	1 PDE	1 PDE	2,02	87 537,67	Koala; 2,02 + 4 ETP affectés aux charges de néonatal	
				1 IDE	1 IDE	1 IDE (ou SF)	6,02	259 174,73		
				1 AP	1 AP	1 AP	6,02	248 932,54		
				1 SF (12h)		1 SF (12h; mutualisé SDN)	5,9	318 979,49		
		SDN/GHR	11 lits	1 AP	1 AP	1 AP (mutualisé SDN)	6,02	248 932,54		
		SDN/GHR	11 lits	1 SF (12h)			2,95	159 489,74		
				1 AP	1 AP		3,5	144 728,22	AP après-midi mutualisé actuellement	
									Plus d'IDE orthogénie; 1 ETP actuellement	
					1 CS	1 CS		0,8 CS		
			2 SF	2 SF	1 SF	8,85 SF				
			1 PDE	1 PDE	1 PDE	2,02 PDE				
			1 IDE	1 IDE	1 IDE	6,02 IDE				
			3 AP	3 AP	2 AP	15,54 AP	1 516 573,36			
			<i>Personnel/lit</i>	<i>0,18</i>	<i>0,19</i>	<i>0,14</i>			Ne tient pas compte du CS	
	Consultation									
	Total									
Néonatalogie	Soins continus	13 lits (dont 4 lits kangourou et 3 lits koala)	1 CS (jour)			1,2	73 197,65	1 ETP CS néonatal. + 0,2 ETP CS obstétrique pour les AP		
			2 PDE	2 PDE	2 PDE	16,04	695 101,10	12,04 + 4 ETP en secteur naissance pour les lits koala		
			1 AP	1 AP		3,5	144 728,22	2 AP actuellement		
			3 PDE	3 PDE	3 PDE	18,06	782 638,77			
			4 PDE	4 PDE	3 PDE	21,56	934 312,95			
	Soins intensifs	11 lits	1 PDE			1	43 335,48	Référent de soins		
			1 PDE			1,75	75 837,09	Transport		
			1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Matériel		
			1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Biberonnerie		
			1 AP (jour)			1,75	72 364,11	Accueil		
			1 CS	1 CS		1,2 CS				
			11 PDE	9 PDE		58,41 PDE				
			4 AP	4 AP	8 PDE	8,75 AP	2 966 243,58			
			<i>Personnel/lit</i>	<i>0,38</i>	<i>0,47</i>	<i>0,41</i>	<i>0,25</i>		Ne tient pas compte du CS	
<i>Ce qui change par rapport à l'organisation actuelle</i>								5 636 935,73		

Statut	Cout salarial moyen par an	Poste	ETP par an*
SF (1er grade)*	54064,32	24h	6,02**
PDE (2ème grade)	43335,48	Matin et AM	3,5
IDE (1er grade)	43052,28	Matin ou AM	1,75
AP (CS)	41350,92	Nuit	2,5
AS (CS)	40097,76	<i>* ne tient pas compte du temps de formation et de l'absentéisme</i>	
Cadre IDE	60998,04	<i>** 5,9 pour les agents en 12h</i>	
<i>* tient compte de la revalorisation de SF</i>			

ARGUMENTAIRE DES 2 HYPOTHESES

	POINTS FORTS	POINT FAIBLES
Hypothèse 1	<ul style="list-style-type: none"> - permet de mettre en place les binômes SF/AP en ayant les 3 binômes identiques le jour et 2 la nuit - transmissions plus efficaces car moins d'intervenants (permet de diminuer le temps au relais matin/soir) -rationalise la double compétence SF autour du couple mère enfant tout en garantissant le jour l'expertise IDE sur les soins techniques - répartition plus facile de la charge entre les SF sans notion de secteur sur un maximum de 13 couples mère enfant et/ou GHR - on conserve les IDE ayant une expertise dans la parentalité - gain = 5.25 ETP soit 256 938.10 € 	<ul style="list-style-type: none"> - perte de la PEC globale dans la fonction IDE qui risque de se voir déléguer les tâches moins - niveau social : 5.25 ETP IDE à reclasser (1 en pédiatrie) - comment fonctionner avec les IDE en période de congé (2 ETP = travailler 5/7 sans les weekends et fériés ?)
<p>Hypothèse 2</p> <p>2a sans poste de jour</p> <p>2b avec 1AP et 1SF jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> - on conserve la PEC globale des IDE avec leur expertise soins techniques - 2b : on dégrade au choix sur 1 poste de jour SF ou les postes IDE en fonction de la répartition des cas (césarienne ou physio) en cas de baisse de charge - gain financier supérieur: <ul style="list-style-type: none"> - 2 a= 9.08 ETP soit 464 448.46 € - 2 b= 5.66 ETP soit 302 878.33 € 	<ul style="list-style-type: none"> - une seule SF disponible sur l'ensemble de la physiologie pendant l'absence de l'IDE en orthogénie (autre SF et PDE occupées tour médicaux) si 2a (2b : reste 1 SF) -on rétrograde et on est à contre-courant des maternités en maintenant une compétence double sur les couples mère enfants post césarienne - quid des courriers de sortie répartis sur 2 SF : pas gérable - niveau social : on arrête 3.84 (2a) ou 2.19 (2b) contrats SF <li style="text-align: center;">3.47 ETP IDE à reclasser; - plus de temps consacré à la parentalité si 2a.

Préalables aux 2 hypothèses:

- Déménagement des unités pour rapprocher les KOALA du service de médecine néonate et permettre une meilleure adaptation de la charge de travail entre les sages-femmes (coût environ 3500 €)
- Nécessite de renforcer la formation SF sur les soins techniques (pansements complexes et hémovigilance)
- Suppose une répartition des patientes en risque de décompensation post-opératoire sur le service de soins continus
- 2 lits d'HDJ peut permettre une recette supplémentaire .
- Développer le PRADO : objectif ARS = 65 % et renforcer la sortie HAD pathologique post-natale des mères et des enfants
- Faire un audit de la satisfaction des patients
- Actions de promotion : Préparation piscine, PC du deuil périnatal, SAF, journée SMA, IHAB.
- Comment faire face aux pics d'activité pour les compétences SF et AP ? rappels ? astreinte ?

Problème non résolu : reste la problématique des temps de transmissions décalés des différentes compétences

Intérêt de prévoir 2 lits HDJ GHR: on comptabilise une recette via HDJ (évaluer le nombre d'HDJ diabète actuel en HDJ médecine)

Réorganisation de la périnatalité au Centre hospitalier d'Arras

Résumé

Pour faire face à une dette structurelle, le système de santé français est à la recherche d'économies. L'Hôpital, principal poste de dépense au sein de l'ONDAM, est au cœur de cette politique. Les pôles de soins en particulier, mis en place par l'ordonnance du 2 mai 2005, doivent constituer l'échelon de la nouvelle organisation médicale de l'Hôpital. Comme de nombreux établissements, le Centre hospitalier d'Arras se voit donc demandé en dialogue de gestion avec l'ARS du Nord-Pas-de-Calais, la poursuite de la réorganisation des pôles et la mise en adéquation du capacitaire et des effectifs à l'activité réalisée.

Toutefois, malgré les efforts déjà réalisés en ce sens à travers une importante réorganisation début 2014, le pôle Femme-enfant voit à nouveau son déficit s'aggraver à la fin de l'année alors même que l'établissement, lui, devient excédentaire. Ce delta négatif, principalement dû à une inadéquation persistante des effectifs à une activité en baisse au sein de la périnatalité, passe de 1,3 millions d'euro en 2013 à près de 2 millions en 2014. La Direction reste donc extrêmement préoccupée par l'équilibre médico-économique du pôle et envisage une deuxième « vague » de réorganisation.

Seulement, les nombreux changements intervenus récemment aussi bien du fait des économies recherchées que de la volonté d'amélioration de la prise en charge sont encore en cours de métabolisation par les équipes médicales et soignantes. Ce mémoire s'attache donc à faire de propositions de réorganisation mais aussi à questionner la pertinence de la démarche en matière de gestion.

Mots clés :

Périnatalité ; pôle ; gestion ; réorganisation ; économies ; qualité

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs