



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion : 2007

Date du Jury : *Décembre 2007*

RÉFORME DU FINANCEMENT :
DE L'ESPOIR AU DÉSENCHANTEMENT ? :
L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DU BELVÉDÈRE

Christophe CROUZEVIALLE

R e m e r c i e m e n t s

J'adresse mes remerciements, à l'ensemble des personnels du centre hospitalier du Belvédère de Mont Saint Aignan pour la disponibilité et l'aide précieuse apportées dans la rédaction de ce mémoire, et tout particulièrement à Hubert Meunier, chef d'établissement, pour le temps et les échanges passés autour de la réflexion et de la construction de cet écrit.

S o m m a i r e

Introduction	1
1 SECTION I : LES ESPOIRS D'UNE RÉFORME DU FINANCEMENT	4
1.1 Un établissement atypique dans le paysage hospitalier français.....	4
1.1.1 Présentation générale	4
1.1.2 Un établissement attractif et réactif	7
1.1.3 Un élément majeur du dispositif périnatalité du territoire	8
1.1.4 Une démarche qualité reconnue.....	9
1.1.5 Un établissement réaffirmé dans ses missions.....	10
1.2 Un établissement grevé par la dotation globale.....	10
1.2.1 Une existence autonome menacée	10
1.2.2 Un établissement victime de sa bonne gestion et du mode financement	11
1.2.3 Une activité restreinte contrainte et l'impossibilité de faire face aux besoins	12
1.2.4 L'incapacité de moderniser sa structure	13
1.3 Trouver à travers la tarification à l'activité les moyens nécessaires à son activité.....	14
1.3.1 Retour sur les objectifs de la réforme de financement	14
1.3.2 Des enjeux à relever pour les établissements	15
2 SECTION II : RÉALITE D'APPLICATION ET DÉSENCHANTEMENT	17
2.1 Une situation aggravée après trois années de tarification à l'activité.....	17
2.1.1 Une montée en charge progressive.....	17
2.1.2 2006/2007 un hôpital exsangue.....	18
2.1.3 Une situation financière complexe traduite par l'EPRD 2007	20
2.2 Analyses et réflexions sur les raisons de la situation actuelle.....	22
2.2.1 Des baisses de tarifs particulièrement dévalorisantes pour le CHB	23
2.2.2 Analyse détaillée de l'effet de l'application des tarifs actuels au CHB.....	23
2.2.3 Un caractère mono disciplinaire ne pouvant compenser l'effet de ces tarifs	26

2.3	Réflexions sur les causes propres au mode de fixation des tarifs	27
2.3.1	Une réforme n'étant pas menée jusqu'à son terme et pour certains aspects éloignée des objectifs et principes initiaux	27
2.3.2	Un mode de fixation des tarifs en inadéquation avec les activités de périnatalité.....	29
2.3.3	Une tarification inadaptée au caractère d'urgence des activités obstétricales	30
3	SECTION III : UNE VOLONTÉ FORTE DE SURMONTER CES DIFFICULTÉS ET DE PRÉSERVER LES VALEURS DU CHB.....	33
3.1	Optimiser les ressources et les organisations	33
3.1.1	La mise en place d'outils de comptabilité analytique	33
A)	Mise en œuvre pratique	34
B)	Premières données analytique exploitables	35
3.1.2	Optimiser la fonction facturation.....	40
3.1.3	Optimiser les organisations et les coûts des activités supports	43
3.2	Investir et moderniser pour répondre aux besoins de santé.....	45
3.2.1	La concrétisation du projet de restructuration du CHB	46
3.2.2	Une augmentation d'activité enfin possible	47
3.2.3	Une politique de communication forte	49
3.3	Innover tout en préservant les valeurs de l'établissement	50
3.3.1	La maternologie et la prise en charge des pathologies psychiatriques du peripartum	50
3.3.2	L'antenne périnatale d'hospitalisation à domicile	51
3.3.3	Maintenir les valeurs fortes de l'établissement.....	52
	CONCLUSION	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARTT	Aménagement réduction du temps de travail
CHB	Centre hospitalier du Belvédère
CREA	Compte de résultat analytique
CSP	Code de la santé publique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ENC	Echelle nationale des coûts
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FHF	Fédération hospitalière de France
GHS	Groupe homogène de séjour
GVT	Glissement vieillissement technicité
FICOM	Fichier commun de structure
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'état
ICR	Indice de coût relatif
ISA	Indices synthétiques d'activité
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
RUM	Résumé médical unique
SA	Section d'analyse
SACSDC	Section d'analyse clinique suite de couche
SAMTSDN	Section d'analyse médico-technique salle de naissance
SIH	Système d'information hospitalier
SROS	Schéma régional de l'organisation sanitaire
TCCM	Tableau coût case mix
T2A	Tarifification à l'activité
UF	Unité fonctionnelle
UO	Unité d'œuvre

Introduction

Un centre hospitalier bien géré, ne souffrant pas de pénurie d'activité, offrant des prises en charge de qualité peut-il être condamné à la faillite après trois années de mise en place de la réforme de financement ? Telle est la question qui se pose au centre hospitalier du Belvédère en 2007.

Alors que le centre hospitalier du Belvédère, établissement spécialisé en gynécologie obstétrique, souffrait d'une insuffisance de financement chiffrée en 2003 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) à 1,2 million d'euros sur un budget de 18.5 millions, une nouvelle diminution de plus de 800 000 € a été opérée en 2006 sur ses ressources d'assurance maladie.

Le problème ne provient pas d'une faible activité. Le centre hospitalier du Belvédère, première maternité de Haute-Normandie, est l'une des plus importantes de France. Avec plus de 3200 naissances par an, l'établissement de Mont-Saint-Aignan (76) réalise 15% des naissances de la région et près de 40% de celles de l'agglomération rouennaise. Bien plus, il est contraint de refuser plusieurs centaines de demandes d'inscriptions chaque année, faute de disposer des moyens matériels et humains nécessaires à leur prise en charge dans des conditions normales de qualité et de sécurité.

La raison en est financière. A sa sous-dotation initiale s'ajoutent dorénavant les premiers effets de la réforme du financement des hôpitaux, qui substitue progressivement à la dotation globale un financement à l'activité (T2A) rémunéré sur la base de tarifs nationaux des séjours. La part du financement par les tarifs augmente progressivement chaque année, passant de 10% en 2004, à 25% en 2005 à 35% en 2006 et 50% en 2007. Ce mode de financement en théorie plus juste a pour objet de mieux rétribuer les hôpitaux les plus performants. Encore faudrait-il pour cela que les tarifs soient cohérents avec le coût global des soins. Or ce n'est précisément pas le cas pour l'obstétrique et la périnatalité. Le Belvédère voit ainsi depuis trois ans « fondre » ses recettes au point de ne même plus pouvoir aujourd'hui reconduire des moyens pourtant déjà insuffisants par rapport à son activité actuelle.

Exemple d'hôpital actif et bien géré que la réforme devait conforter, il est en premier victime des conditions actuelles de sa mise en œuvre. Cette situation paradoxale, connue depuis 2005, a conduit le Directeur de l'ARH Haute-Normandie à solliciter l'envoi d'une mission ministérielle d'appui. Suite à cette mission qui s'est déroulée en décembre 2005, les auditeurs ont remis leurs conclusions au Ministère en février 2006 qui viennent confirmer le diagnostic d'utilité, de qualité et de bonne gestion de l'établissement et la nécessité de le soutenir.

Toutes les conditions devraient donc être réunies pour permettre au centre hospitalier du Belvédère de poursuivre et développer, ses missions de service public, dans le respect de son identité culturelle et de sa spécificité, en conformité avec les nouvelles exigences pesant sur les activités périnatales et en parfaite adéquation avec les besoins et les attentes de la population.

Dans ce contexte, le centre hospitalier du Belvédère envisageait la mise en place de la tarification à l'activité en 2004 comme une réelle source d'espoir. En effet, ce bouleversement du mode de tarification des établissements, substituant au régime de dotation globale des hôpitaux (basé sur un financement des structures régulé par une autorisation limitative des dépenses) un mode de financement jugé plus juste et responsabilisant¹, annonçait comme objectif de financer les établissements par une allocation de ressources liée à la juste nature et au volume des activités réalisées.

La mise en place de la T2A a immédiatement entraîné l'adaptation du cadre budgétaire des établissements et a imposé une vision évolutive et prospective des recettes et des dépenses, avec la mise en place depuis le 1^{er} janvier 2006 de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) constituant ainsi le nouveau cadre budgétaire et comptable. L'effet cumulé de ce bouleversement du financement introduisait directement une part d'incertitude sur le volume des recettes basé sur l'évolution de l'activité. Néanmoins pour le centre hospitalier du

¹ COUANAU R., 2003, *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, 19.03.2003, 98 p, [en ligne], [visité le 09.06.2007], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i0714-2.pdf>

Belvédère cette zone d'incertitude paraissait restreinte au vue de son activité et de son attractivité

La réalité de mise en œuvre tourna rapidement au désenchantement : l'application et les baisses importantes des tarifs par l'intermédiaire des groupes homogènes de séjour (GHS) concernant les actes de gynécologie obstétrique, cumulées à une sous dotation antérieure, ont rapidement plongé le CHB dans une situation économique complexe et injustifiée. Compte tenu de son orientation mono disciplinaire, les coûts de gestion du centre hospitalier du Belvédère ne peuvent être partagés avec d'autres disciplines et pèsent donc entièrement sur le coût des activités obstétricales. En effet, contrairement aux établissements de santé pluridisciplinaires, l'établissement ne dispose pas d'un éventail suffisant d'activités, dont certaines pourraient être mieux valorisées que l'obstétrique, pour qu'il puisse répartir et rattraper les effets de cette sous valorisation à travers la rémunération d'actes mieux valorisés par les GHS.

Face à ce constat, le CHB défendant encore le bien fondé de cette réforme du financement et n'acceptant pas l'idée de se résigner a mis en place une réflexion permanente pour pallier à ses difficultés. Cette prise de conscience collective étant inévitable car si rien ne change, l'établissement pourrait cesser de fonctionner avant fin 2008 et outre le sort des personnels, c'est la prise en charge annuelle de 6 400 mères et nouveau-nés qu'il faudra alors régler, ce qu'aucune des deux autres maternités rouennaises n'est en capacité d'assurer ; posant en ces termes un profond problème de santé publique

L'analyse de la globalité de cette situation sert de fil directeur à cette réflexion en partant du contexte initial de l'établissement (1ère partie), ainsi que de l'état des lieux des effets de la réforme du financement sur cet établissement et de l'étude des causes tant externes qu'internes de la situation actuelle (2^{ème} partie). Enfin, seront décrites les actions mises en place en interne pour pallier et surmonter ces périodes de doute afin de permettre à l'établissement de continuer de fonctionner en répondant aux attentes des patientes et de rester fidèle à ses valeurs (3ème partie).

1 SECTION I : LES ESPOIRS D'UNE RÉFORME DU FINANCEMENT

La situation du centre hospitalier du Belvédère ne peut être analysée sans une présentation du caractère singulier et spécialisé de son organisation, afin de suivre son évolution à travers le passage du mode de tarification par dotation globale à la réforme du financement des établissements. Le CHB voyant en cette réforme la juste reconnaissance de son activité.

L'analyse contemporaine de la situation ne peut se faire avant d'avoir décrit l'identité particulière du CHB (1.1) et de la genèse de ses difficultés avec la rémunération par dotation globale (1.2) entraînant pour cet établissement l'espoir d'une réforme du financement (1.3).

1.1 Un établissement atypique dans le paysage hospitalier français

L'identité de l'établissement se trouve dans son profil atypique (1.1.1), mais également dans sa place importante dans le dispositif périnatal régional (1.1.2) et (1.1.4) Positionnement consolidé par la satisfaction des patientes (1.1.3) et la réaffirmation de ces missions (1.1.5).

1.1.1 Présentation générale

Le Centre Hospitalier du Belvédère de Mont Saint Aignan est un établissement public de santé spécialisé en gynécologie obstétrique. Il est situé dans l'agglomération rouennaise, dans le département de la Seine-Maritime et au sein de la Région Haute-Normandie. Cette dernière a été découpée en 4 territoires de santé : l'établissement appartenant au secteur "Rouen -Elbeuf".

Cet établissement de 116 lits et 6 places (voir tableau détaillé des capacités) comprend une maternité de niveau II, une unité de gynécologie médicale et chirurgicale, un centre de planification familiale, un centre d'orthogénie, une pouponnière sanitaire et sociale et depuis 2007 un service de 5 places d'hospitalisation à domicile.

Par ces aspects, sa configuration le rapproche d'une clinique. Du reste à une époque, il s'est appelé hôpital clinique et encore aujourd'hui certaines femmes accouchent dans l'établissement en pensant être accueillies dans une clinique. Mais avant tout cet établissement n'est en aucun cas un hôpital de recours vers

lequel sont acheminées les patientes en urgence mais bien un établissement dans lequel les parturientes souhaitent accoucher.

Ce caractère spécifique et quasi unique dans le paysage hospitalier français trouve ses sources dans l'histoire de l'établissement qui depuis 1919 le rattache à l'accueil des activités liées à la maternité et le suivi de jeunes enfants. Dans un premier temps, nommée maison familiale départementale (délibération du conseil général du 12 juin 1919), puis maison maternelle départementale en 1953 avec Transfert de la pouponnière départementale de Darnétal à Mont-Saint-Aignan. En 1963, est fait le choix du nom "Belvédère" dans la dénomination de l'établissement et la transformation de la maternité en établissement public est prononcée (décret du 6 décembre 1963). Enfin en 1966 le Belvédère obtient la classification dans la catégorie hôpital (arrêté du 23 février 1966) et conserve ainsi aujourd'hui cette spécificité d'accueil et de prise en charge autour de la mère et de l'enfant.

Malgré ce positionnement atypique, le centre hospitalier du Belvédère reste en premier lieu, un établissement de santé spécialisé en gynécologie obstétrique, offrant un niveau de soins élevé proposant :

- 6 salles de naissances
- 2 blocs, 1 pour les césariennes et 1 pour les actes de chirurgie gynécologie obstétrique
- 1 unité de stérilisation
- 1 pharmacie
- 3 salles d'échographie haut de gamme
- Des consultations génétiques
- Des consultations liées au traitement de la stérilité

Au-delà du caractère technique des prises en charge, le CHB propose dans le cadre de son projet médical, des modes de prise en charge variés, répondant aux attentes des patientes dans le cadre de leur grossesse. Sont ainsi développés :

- l'accompagnement pour favoriser l'allaitement maternel
- le suivi individualisé autour de l'addictologie des mères
- l'acupuncture
- l'haptonomie
- l'ostéopathie

- le chant prénatal
- le monitoring à distance
- des consultations avancées dans différentes communes du département.

Tableau détaillé des capacités et lits installés :

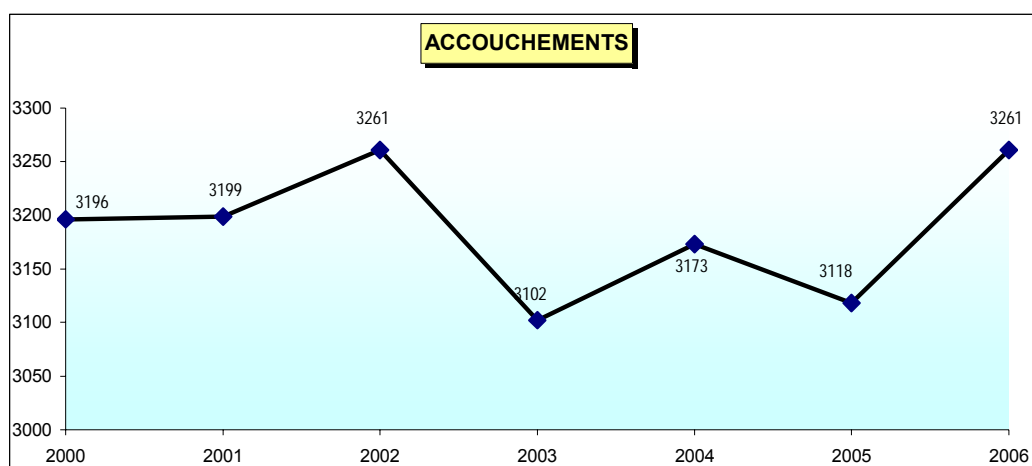
CAPACITES LITS ET PLACES		2002		2003		2004		2005		2006	
		auto	instal	auto	instal	auto	instal	auto	instal	auto	instal
M.C.O	obstétrique	84	82	84	82	84	71	84	71	84	71
	hospitalisation prénatale	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11
	Suites de couches normales	62	61	62	61	62	50	62	50	62	50
	Césarienn	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	gynécologie médicale et chirurgicale	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	total lits gynécologie-obstétrique	90	88	90	88	90	77	90	77	90	77
M.C.O	Néonatalogie (Unité Kangourou)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	total lits néonatalogie	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	TOTAL LITS M.C.O	96	94	96	94	96	83	96	83	96	83
	TOTAL PLACES M.C.O	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
SSR	<u>hôpital de jour</u>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	IV	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	TOTAL PLACES M.C.O	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
SSR	pouponnière sanitaire : soins de suite et réadaptation	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3
SOCI	Pouponnière sociale	47	30	47	30	47	30	47	30	47	30
ETABL	TOTAL LITS ETABLISSEMENT	148	127	148	127	148	116	148	116	148	116
	TOTAL PLACES ETABLISSEMENT	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Sur les 90 lits d'obstétrique autorisés, seuls 77 sont réellement installés à cet usage. Les 10 lits localement dénommés "lits d'attendantes" ne doivent plus être comptabilisés en lits de suites de couches, puisque, depuis l'aménagement du bloc obstétrical en 1982, ceux ci sont utilisés en salles de pré-travail. Cette correction explique la baisse du nombre de lits installés sur l'année 2004. Corrigée de cette régularisation, l'analyse des capacités installées fait apparaître une légère diminution du nombre de lits en 2002, pour des raisons d'insuffisance budgétaire.

1.1.2 Un établissement attractif et réactif

Réalisant en moyenne 3200 accouchements par an, cet établissement est un acteur important du dispositif obstétrique régional. En effet réalisant 15% des accouchements de la Région et 37% de ceux de l'agglomération rouennaise, le positionnement sanitaire du Belvédère, est marqué par un potentiel d'attraction important et un rôle sanitaire indispensable. Le projet d'établissement 2006/2010, se veut être le garant de ce positionnement et redéfinit les valeurs fortes reposant sur deux notions, une prise en charge globale du couple mère enfant en y associant le conjoint et une médicalisation adaptée et raisonnée. Pour faire vivre ces deux notions au quotidien, l'établissement, poursuit tant en interne qu'en externe une démarche continue d'évolution et d'adaptation. Très réactif, l'établissement a mis en place, l'organisation issue de la nouvelle gouvernance, se traduisant par la création de deux pôles : un pôle médical unique et des secteurs fonctionnels regroupant l'ensemble des activités cliniques de MCO et médico-techniques et un pôle administratif regroupant l'ensemble des autres services. De plus, l'établissement inclut dans ses murs une pouponnière sociale et sanitaire, qui demeure en raison de son activité, de son financement et de sa tutelle spécifiques, une entité particulière traduite par un budget annexe et comportant 3 lits classés en soins de suite (pouponnière sanitaire). Dans cette organisation visant au décloisonnement, les 350 agents de l'établissement guidés par le souci de conserver une approche globale des patientes et des jeunes enfants, œuvrent quotidiennement pour offrir une prise en charge individualisée de qualité.

Graphique nombre accouchement annuel de l'établissement :



Il faut de plus souligner que le potentiel d'attraction de l'établissement reste très important, comme le démontre le tableau ci-après de suivi des refus d'inscriptions.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
686	678	610	469	428	225	267

C'est donc potentiellement 3600 accouchements que le Belvédère pourrait réaliser chaque année.

1.1.3 Un élément majeur du dispositif périnatalité du territoire

Le positionnement de l'établissement doit être analysé :

- au niveau de la Région Haute-Normandie,
- au niveau du Département de la Seine-Maritime,
- au niveau du Territoire de santé (Secteur Rouen Elbeuf),
- au niveau de l'agglomération rouennaise.

Le nombre d'accouchements réalisés donne un reflet pertinent du positionnement de l'établissement. Le Centre Hospitalier du Belvédère effectue :

- 15% des accouchements de la Région,
- 18% des accouchements du Département,
- 33% (soit 1/3) des accouchements du Territoire de Santé,
- 37% des accouchements de l'agglomération.

Ces chiffres montrent que son rayonnement déborde largement les frontières de son Territoire de Santé et de l'agglomération rouennaise. Les patientes de l'agglomération ne représentent qu'à peine 2/3 (63%) de l'activité de l'établissement. Par ailleurs, plus de 6% des patientes sont domiciliées dans l'Eure et dans les départements autres que la Seine-Maritime.

Au vu de cette analyse, on peut constater que le Centre hospitalier du Belvédère n'a pas été affecté par les restructurations des maternités publiques et privées intervenues au cours des dernières années dans l'agglomération, le département et la région que ce soit en volume d'activité ou en origine géographique des patientes.

1.1.4 Une démarche qualité reconnue

Le centre hospitalier du Belvédère de part sa configuration et son attractivité, a placé la démarche qualité et la satisfaction des usagers au cœur de ses actions. En travaillant sur une fiabilité des actes de diagnostics prénataux et en développant une politique de prévention des risques néonataux, tout en favorisant une prise en charge individualisée de l'entité : mère enfant père, l'établissement obtient un excellent taux de satisfaction auprès des usagers (voir tableau synthèse). Le taux moyen de satisfaction se situe mensuellement entre 85 et 90 % et la quasi-totalité des patientes se disent prêtes à revenir dans l'établissement. Cette démarche qualité organisée et déclinée à tous les niveaux de l'établissement a été reconnue par la Haute Autorité de Santé en 2005 lors de la première visite d'accréditation. Au cours de cette visite où le centre hospitalier du belvédère a été accrédité sans réserve, l'HAS a attribué comme point fort à l'établissement , la prise en charge globale faite autour de la mère de l'enfant et la place faite au père dans l'établissement.

Tableau de synthèse taux de satisfaction :

années	2002	2003	2004	2005	2006
satisfaction globale	88,98%	88,89%	88,66%	89,55%	89,03%
POURCENTAGE MOYEN DE SATISFACTION	87,06%	86,72%	87,21%	87,81%	87,70%
<i>seraient prêtes à revenir</i>	99,13%	99,13%	99,46%	99,44%	99,31%
<i>ne souhaitent pas revenir</i>	0,87%	0,87%	0,54%	0,56%	0,69%

1.1.5 Un établissement réaffirmé dans ses missions

Les discussions qui ont eu lieu au printemps 2003 durant la période d'intérim de la direction du Belvédère sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Haute-Normandie entre le CHU-Hôpitaux de Rouen et le Centre Hospitalier du Belvédère. L'analyse objective, tant qualitative qu'économique, de l'offre de soins en obstétrique sur l'agglomération de Rouen, tenant compte de la montée en charge du nouvel établissement issu de la restructuration de trois cliniques privées ainsi que des études démographiques prospectives réalisées dans le cadre des travaux préparatoires du SROS, montrent que la meilleure organisation de l'offre de soins en gynécologie obstétrique reste le maintien sur Rouen des trois maternités actuelles, dont les identités à la fois distinctes et complémentaires ne seront jamais mieux préservées que par l'indépendance juridique des établissements. Ceci n'empêche en rien ni le fonctionnement médical harmonieux et efficace en réseau, fonctionnel depuis de longues années, ni la poursuite par voie de conventions de toutes coopérations médicales ou logistiques pouvant s'avérer utiles.

Ce positionnement a été validé par la commission régionale de la naissance, ainsi que par le comité technique régional chargé des réflexions du volet périnatalogie du SROS. Il est aujourd'hui acté que le Centre Hospitalier du Belvédère est conforté dans son statut et ses missions sur au moins la durée du SROS III et qu'une réelle volonté politique de l'ARH existe de l'accompagner dans sa nécessaire modernisation. La signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en mars 2007 est venue officialiser ces orientations.

1.2 Un établissement grevé par la dotation globale

Malgré ses valeurs et points forts présentés en première partie, la période 2000/2004 est marquée pour le centre hospitalier du Belvédère par une phase de doutes ainsi que de remise en cause de son autonomie (1.2.1) et de son activité du à une sous dotation budgétaire (1.2.2) l'empêchant de répondre aux besoins (1.2.3) et de moderniser ses structures (1.2.4).

1.2.1 Une existence autonome menacée

La période 2002/2004 est synonyme pour le CHB d'un questionnement sur son avenir et la nature de ses relations avec le CHU de Rouen. Des délégations

des deux établissements se sont rencontrées à plusieurs reprises, sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, pour réfléchir aux éventuelles inflexions à donner à la coopération administrative et médicale entre les deux structures. Ont notamment été abordé les nécessités ou opportunités de mise en oeuvre d'une Communauté d'Etablissements, d'une Fédération inter établissements de service pour l'Anesthésie, d'une convention de gestion. Le début d'année 2003 est marqué par le départ du directeur, la publication puis le retrait du poste de chef d'établissement avant la nomination d'un directeur par intérim.

Dans cette zone d'incertitude sur son avenir, sur le mode de gestion qui découlerait de cette éventuelle coopération, il fut donc difficile pour l'établissement de se projeter et d'envisager la continuité de ses actions. Parallèlement à ce questionnement sur son autonomie, sur la même période le CHB, a du faire face à des difficultés budgétaires l'empêchant de mettre en place les moyens nécessaires à son fonctionnement

1.2.2 Un établissement victime de sa bonne gestion et du mode financement

En 2001, les données établies par l'ARH de valeurs régionales portant sur les valeurs de points ISA (indices synthétiques d'activités), font apparaitre pour le Belvédère une valeur moyenne de 1.92 € pour une moyenne régionale de 2.06€, soit un déficit théorique de dotation budgétaire de 947 195.32 € . Les données issues du PMSI 2002, confirment cette sous dotation : l'écart établi par rapport à la valeur moyenne régionale atteint alors 1 185 093 €. (voir tableau annexe 1). Ce différentiel étant du à une forte activité médicale au regard de sa configuration et de ses moyens.

Cette sous dotation conjuguée à une montée en charge des dispositifs nécessaires à l'application du plan périnatalité (décret du 9 octobre 1998) et de la mise en place de la réduction du temps de travail (ARTT) entraînent pour l'établissement la nécessité de limiter son activité et le place dans une situation budgétaire complexe.

1.2.3 Une activité restreinte contrainte et l'impossibilité de faire face aux besoins

Malgré cette limitation volontaire de l'activité, cette insuffisance de financement aboutit en premier lieu à des reports de charge importants, néfastes à la crédibilité de l'établissement et ses capacités de paiement aux fournisseurs.

- Une augmentation des charges 2002 de trouvant reportées sur l'exercice 2003, qui atteignent fin 2003, 2,24 % du budget

De plus les conséquences du décret périnatalité et l'accentuation des normes de sécurité sans financement adapté de mesures nouvelles ne permettent pas à l'établissement d'adapter ses moyens aux exigences de son activité :

- Impossibilité de recruter la totalité des emplois liés à l'ARTT.
- Impossibilité de renforcer le nombre de sage femmes en salles de naissances et en consultations de préparation à la naissance²
- Impossibilité de recruter les IADE nécessaires à un fonctionnement optimal du secteur anesthésie.
- L'impossibilité, faute de sages-femmes et d'obstétriciens formés en nombre suffisant, de maintenir l'activité d'échographie à son niveau antérieur
- Obligation de diminuer l'activité d'obstétrique limité en 2003 à 3100 accouchements ,accompagné de la fermeture de 4 lits de suite de couche, pour atténuer la dérive budgétaire.

Cette limitation de l'activité pour restreindre ses dépenses, allant à l'encontre de la mission de service public de l'établissement, pose également le problème de la liberté de choix laissée aux patientes d'accoucher dans la maternité qu'elles choisissent et nuit donc directement à l'image de l'établissement dans son positionnement territorial. Il est en effet difficile d'imaginer qu'une patiente à qui

² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) [en ligne]. Journal officiel, n° 235 du 10 octobre 1998. [visité le 12.05.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=663538&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. Journal officiel, n° 235 du 10 octobre 1998. [visité le 12.05.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=663537&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

l'on a refusé une place pour accoucher, souhaite renouveler sa demande à l'occasion de sa prochaine grossesse.

Cette situation est exemplaire des critiques faites au système de financement par dotation globale, qui freinait les établissements dynamiques et assurait une rente de situation aux moins actifs.

1.2.4 L'incapacité de moderniser sa structure

Mais au-delà de ces impossibilités à combler les besoins humains nécessaires au fonctionnement, le CHB est dans l'incapacité de moderniser ses structures afin de les mettre en adéquation avec les exigences réglementaires. Le plateau technique construit en 1982, et le secteur des salles de naissance se trouvant sur deux niveaux différents de l'établissement, il doit envisager une refonte importante de ses structures.³

En effet le texte prévoit «en cas de création d'un secteur de naissances, de reconstruction ou de réaménagement général d'un secteur existant, tous les locaux qui composent ce secteur ainsi que la salle d'intervention et la salle de surveillance post-interventionnelle doivent être implantés de manière contigus et au même niveau, afin de permettre la circulation rapide des patientes, des nouveaux nés, des personnels et des matériels nécessaires ».

L'établissement lance alors les études nécessaires à cette modernisation. Cette perspective doit aider à surmonter la période actuelle de saturation dans des locaux devenus inadaptés, et d'insatisfaction liée aux refus d'admission qu'il est contraint d'opposer faute de places.

L'annonce du volet d'aide à l'investissement du plan Hôpital 2007 a laissé espérer qu'une solution allait pouvoir être trouvée au financement du projet de restructuration du plateau technique. Malheureusement, il a été considéré que celui-ci ne correspondait pas aux critères d'éligibilité au plan Hôpital 2007. Il est à noter que cette décision est intervenue dans une période, où l'avenir de l'établissement n'était pas encore assuré dans le cadre des discussions sur son rattachement éventuel au CHU de Rouen. Quoi qu'il en soit, l'établissement ne bénéficiera donc pas d'aide à l'investissement sur ces crédits. Pour autant, une visite des locaux par une délégation de l'ARH, de la DRASS et de la DDASS a

³ Op. cit. n° 2

permis aux tutelles de se convaincre de la nécessité de ce projet, ce qui était un préalable important. Le scénario qui prévaut donc fin 2003 est que l'établissement doive rechercher l'essentiel du financement sur ses propres capacités d'emprunt ou d'autofinancement, abondées par les recettes nouvelles que celui-ci peut attendre de la tarification à l'activité.

C'est donc avec beaucoup d'espoir dans la mise en place de cette réforme du financement que l'établissement aborde l'année 2004, croyant dans cette perspective trouver les justes moyens nécessaires à son activité et à sa modernisation.

1.3 Trouver à travers la tarification à l'activité les moyens nécessaires à son activité

Le 1^{er} janvier 2004 se met donc en place la réforme de tarification des établissements de santé, avec une part de 10 % des recettes liées à l'activité. Ce bouleversement du fonctionnement budgétaire à travers ses objectifs (1.3.1) et enjeux nouveaux pour les établissements (1.3.2), semble être une reconnaissance pour les établissements comme le centre hospitalier du Belvédère ne souffrant pas de pénurie d'activité et souhaitant moderniser ses structures.

1.3.1 Retour sur les objectifs de la réforme de financement

La loi de financement de la Sécurité sociale n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 pour l'année 2003⁴ fait de la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé un levier essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière.

Il s'agissait tout d'abord de rétablir plus d'équité, d'éviter les travers du « budget global » qui donnait une prime aux établissements dont l'activité diminuait, ainsi que de permettre d'harmoniser progressivement les différents systèmes de financement des établissements publics et privés.

Il fallait ensuite appliquer les principes du PMSI, c'est-à-dire médicaliser la gestion des établissements et les engager dans une vraie démarche stratégique et prospective basée sur l'analyse de leur activité et de leur environnement.

⁴ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 [en ligne]. Journal officiel, n° 299 du 24 décembre 2002. [visité le 24.05.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=603261&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

Enfin, dernier objectif : développer et maîtriser l'utilisation de nouveaux outils de pilotage. Cette notion est un changement de paradigme du point de vue du gestionnaire, car il doit d'abord raisonner en termes de recettes avant de s'autoriser des dépenses. La réforme financière et comptable qui accompagne la mise en œuvre de la T2A dans les hôpitaux vise à supprimer le système du budget primitif et des décisions modificatives, pour lui substituer un « état prévisionnel des recettes et des dépenses » (EPRD), abandonnant ainsi les dépenses autorisées encadrées pour un système plus souple mais plus responsable.

Ces objectifs visent nettement à optimiser l'utilisation des ressources et à inciter à la productivité des établissements. Face à cette nouvelle définition, le centre hospitalier du Belvédère se devait donc de relever les enjeux de sa mise en œuvre afin d'en récolter les effets positifs sur son fonctionnement.

1.3.2 Des enjeux à relever pour les établissements

Premier enjeu de cette réforme, permettre la modernisation du service public en reconnaissant sa capacité à s'adapter et à développer des activités nouvelles. Tout en garantissant le bon accomplissement de ses missions. Il en découle naturellement la reconnaissance de l'activité et de la compétence des personnels hospitaliers, ainsi que leur association à la conduite de ces changements.

Deuxième enjeu : avancer progressivement vers un système de financement homogène pour tous les secteurs de l'hospitalisation publique ou privée. En sus, autoriser des comparaisons de résultats sur la qualité et le coût du service rendu pour la prise en charge d'un même patient.

Troisième enjeu, construire un système efficace de régulation de l'offre de soins publique et privée. Ce système doit combiner les orientations des SROS, et la politique tarifaire ; pour une répartition plus harmonieuse sur le territoire, et une meilleure garantie d'accès aux soins.

Face à ces enjeux, le CHB engage dès 2003 une modernisation de son système d'information afin de permettre une production et un recueil efficient des données médicales. En effet en mettant en lien l'allocation de ressources à l'activité de l'établissement, la réforme donne à la production des données médicales une importance nouvelle. De l'exhaustivité, de la qualité et de la

rapidité de production et de transmission de ces informations va dépendre le niveau de ressources budgétaires et la garantie de trésorerie.

Conscient de l'importance d'un SIH performant, l'établissement met donc en place une structure de recueil adapté et moderne. Le passage à ce nouveau mode de financement ne pouvant se faire sans l'adhésion et la participation de tous les personnels, le CHB met en oeuvre dans le même temps une politique d'information et de sensibilisation à ces nouveaux enjeux et à leurs modalités d'application.

Renforcé par son activité et son attractivité fortes, sûr de ses valeurs et richesses internes l'établissement s'engage donc dans cette nouvelle ère de financement rempli d'espoir et de dynamisme afin de pérenniser sa situation et répondre au mieux aux besoins de santé de son territoire.

2 SECTION II : RÉALITÉ D'APPLICATION ET DÉSENCHEMENT

Cet espoir de trouver dans la tarification à l'activité la solution à ses difficultés va rapidement être brisé par une complexification de la situation financière de l'établissement (2.1) ; conséquence paradoxale d'une réforme qui devait dans ses principes favoriser cet hôpital actif, méritant que soient analysées les raisons de cet inversement de tendance (2.2).

2.1 Une situation aggravée après trois années de tarification à l'activité

La mise en place progressive du financement lié à l'activité s'est traduit par une aggravation régulière des finances du CHB (2.1.1) se concrétisant par un contexte fortement détérioré (2.1.2) qui se traduit dans la construction de l'EPRD 2007 (2.1.3).

2.1.1 Une montée en charge progressive

En 2004, la mise en place de la T2A à hauteur de 10 % n'a pas été très significative sur le fonctionnement et la situation financière de l'établissement, les effets positifs de la valorisation de l'activité en début d'année étant annulés par des valorisations postérieures de l'activité, sans que le CHB ne dispose à ce moment là de toutes les clés de compréhension. En effet, sur les premiers mois d'application de la tarification à l'activité les tableaux de bords de l'établissement, traduisaient une juste valorisation de l'activité réalisée, 10% de T2A faisait apparaître une recette de 10%. Ce premier bilan traduisait ainsi les objectifs de la réforme et confirmait la gestion saine du CHB en confortant les espoirs placés dans cette évolution.

L'année 2005 a constitué la deuxième année de mise en œuvre de la réforme de la tarification des hôpitaux, caractérisée par une montée en charge du poids des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) dans leur financement, à hauteur de 25%.

Force est de constater que les effets 2005 de la réforme ont été très décevants pour l'établissement, l'appauvrissant alors que celui-ci en attendait au contraire des recettes nouvelles. Cela étant dû pour une part à la forte régulation macro-économique exercée sur les tarifs des GHS, en lien avec la réforme de l'Assurance Maladie et la volonté d'en encadrer l'évolution des dépenses, ce dont

nul ne peut contester la nécessité. Cela étant dû par ailleurs à certaines mesures techniques prises pour appliquer cette politique qui sont plus difficile à comprendre à l'échelle de l'établissement, telle l'application d'un taux de conversion des dépenses d'assurance maladie inférieur à celui qui résulte localement de la stricte application des règles de prise en charge. Cela étant du enfin à des modifications de tarifs dont il était d'ailleurs impossible de comprendre sinon de vérifier la justesse.

Cette situation a conduit le Conseil d'Administration à demander au Directeur de former un recours contre les arrêtés fixant les dotations et les tarifs de prestation 2005 de l'établissement. Ce recours a été jugé le 24 février 2006 par le Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nantes, qui a partiellement fait droit à la requête de l'établissement.

Malgré tout, grâce à une rigueur maintenue de sa gestion et aux délégations complémentaires de crédits allouées en cours d'année par l'ARH, l'établissement a pu terminer l'exercice en très léger déficit d'exploitation de 100 013,39 €, en ayant toutefois imputé l'intégralité des charges 2005 sur l'exercice.

Cette situation financière détériorée va encore s'accroître avec la mise en place de l'EPRD en janvier 2006 et de la montée en charge de la T2A sur les exercices budgétaires suivants.

2.1.2 2006/2007 un hôpital exsangue

Les deux éléments qui caractérisent 2006, troisième année de mise en œuvre de la réforme du financement des hôpitaux sont d'une part la progression à 35% de la part de l'activité MCO financée par les tarifs et d'autre part le passage d'un budget établi à partir de la prévision des dépenses à celui d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) dans lequel ce sont les recettes qui autorisent les dépenses. Par ailleurs, l'EPRD substitue une logique financière globale à la logique budgétaire antérieure dans laquelle le résultat des sections d'exploitation et d'investissement étaient examinés séparément sans analyse de leurs effets cumulés sur la trésorerie de l'établissement. Dorénavant, il n'est possible d'investir que dans la mesure où le résultat d'exploitation génère de la capacité de financement ou que le fonds de roulement peut supporter un déficit d'exploitation.

Une nouvelle étape de la réforme se met donc en place en 2006, avec des conséquences importantes pour le centre hospitalier du Belvédère,

Ces conditions de mise en œuvre sont les suivantes :

Appliquée au centre hospitalier du Belvédère, la réforme de la tarification aboutit dès sa troisième année de mise en œuvre à l'effet strictement inverse de celui qu'elle était censée produire :

- ne disposant déjà pas des moyens nécessaires à son activité actuelle – notamment au regard des décrets périnatalité – l'établissement ne peut la développer,
- à l'inverse il ne peut plus la réduire pour contenir ses dépenses, toute baisse d'activité se traduisant ipso facto par une baisse de plus en plus importante des recettes liées à la T2A,
- il est donc placé dans l'obligation de maintenir son niveau d'activité et de s'appauvrir compte tenu de ressources qui diminuent et de charges qui continuent d'augmenter, sans marge d'économies possibles.

La situation budgétaire résultant de ces différents paramètres n'offre que peu d'alternatives à l'établissement pour présenter un budget adapté: L'appauvrissement du CHB s'accélère et s'aggrave, proportionnellement à la montée en charge de la T2A. L'année 2006 marque ainsi une rupture. A activité constante, la diminution des recettes générées ne permet plus de financer la simple reconduction des moyens alors que ceux-ci sont déjà insuffisants pour la réaliser. Un déficit minimal d'exploitation de 840K€ est ainsi prévu, sur un montant total estimé de recettes de 17 678 K€.(voir annexe2)

Ce déficit ne pouvant se résorber sur les dépenses d'exploitation étant supérieur au montant des amortissements 2006. Il représente un tiers des dépenses cumulées des titres 2 et 3, déjà valorisées à minima. Il représente 5,6% des dépenses de personnel et signifie qu'il aurait fallu licencier dès le 1^{er} mai 2006, 27 agents, soit 10% de l'effectif non médical. Nonobstant les problèmes de faisabilité technique et sociale d'un tel plan social, il s'avère irréalisable dans la mesure où tous les postes actuels sont nécessaires à l'activité – l'établissement étant déjà en sous-effectif – et où toute diminution de personnel, entraînerait obligatoirement une diminution forte de l'activité et donc une nouvelle diminution de recettes, entraînant l'établissement dans une spirale dont il ne pourrait sortir.

Un tel déficit ne peut par ailleurs absolument pas être supporté par le fonds de roulement de l'établissement, qui n'y suffirait pas. Cette option aboutirait à une

situation de trésorerie négative et à un manque de liquidités, tous excédents ou provisions mobilisés, ce qui n'est évidemment pas concevable.

Ce déficit ne peut donc être couvert – et seulement pour moitié - qu'en rognant sur l'investissement courant du budget principal. Cela signifie que l'établissement est contraint de financer son cycle d'exploitation en dégradant l'outil de travail, ce qui est contraire à toute règle de saine gestion et ne peut être qu'une mauvaise solution, acceptable ponctuellement, totalement délétère si elle est amenée à perdurer.

La seconde moitié du déficit prévisionnel ne peut donc en l'état actuel des finances être couverte autrement que par un report de charges. Ainsi, à défaut de ressources nouvelles, le solde de la prime de service 2006 des personnels non médicaux de même que le solde des plages additionnelles réalisées par les médecins au cours des 2^o et 3^o trimestres 2006 ne pourront être rattachés à cet exercice et seront payés en 2007 sur les crédits 2007. Outre que cette pratique est en théorie contraire aux règles de la comptabilité publique, elle ne peut en aucun cas être reproduite en 2007.

C'est donc un premier EPRD de crise qui est proposé en 2006, mais cette situation malgré une excellente activité en 2006, 3261 accouchements, aboutit à un état des lieux budgétaire début 2007, encore plus complexe pour l'établissement.

2.1.3 Une situation financière complexe traduite par l'EPRD 2007

En 2007, la part de T2A passe à 50%, et les tarifs fixés pour valoriser cette part de financement ne permettent toujours pas de rétablir la situation budgétaire de l'établissement.

C'est donc un nouveau budget de rigueur qui est demandé au centre hospitalier du Belvédère, sans aucun début de mise en œuvre du rattrapage financier que son activité médicale devrait normalement lui valoir.

Présenter dans ces conditions un EPRD aboutissant à un résultat prévisionnel déficitaire de 1.149.713 € n'a donc en soi rien de surprenant (voir annexe 3). Parvenir depuis 5 années à contenir la sous dotation au même niveau malgré les effets cumulatifs annuels du manque de financement représente au contraire en soi une réelle performance économique et humaine. Cela a certes été rendu possible

en partie par les aides de fin d'années distribuées par l'ARH. Cela a également été réalisé en 2006 au détriment de l'effort d'investissement courant que tout établissement bien géré se doit en principe de réaliser chaque année pour maintenir l'outil de travail en état; ce mauvais palliatif ne saurait évidemment être pérennisé. C'est surtout le fruit des efforts importants accomplis par l'ensemble des personnels de l'établissement pour augmenter l'activité à moyens constants quoique pourtant insuffisants, tout en maintenant un degré correct de qualité et de sécurité des soins.

Outre les différentes dotations notifiées par l'ARH le 16 mars 2007, l' EPRD 2007 est basé en recettes sur le case-mix 2006 auquel sont appliqués les tarifs 2007, valorisés à 50%, ainsi que les recettes nouvelles provenant de la mise en œuvre en cours d'année de l'entretien du 4^o mois de grossesse. Il a également été tenu compte de l'augmentation du forfait journalier. Les recettes accessoires de titre 3 ont été estimées au plus juste. Elles incluent les remboursements de l'Hôpital de la Croix Rouge liés à la mise en œuvre prévue en mai 2007 de l'antenne HAD périnatale (voir 3.3.2).

Equilibrer l' EPRD imposerait de réduire les dépenses de 1.149.713 €. Le seul groupe de dépenses en mesure de supporter en théorie une telle ponction serait le titre 1 : charges de personnel, qui serait alors réduit de 7.38%. La conséquence d'une telle réduction des dépenses de personnel serait l'impossibilité de réaliser les objectifs d'activité, ce qui plongerait l'établissement dans une spirale mortelle.

Les dépenses ont été évaluées au plus juste. Les dépenses de personnel évoluent de 0.8% sans autre prise en compte d'une part de glissement vieillissement technicité (G.V.T). Les seuls moyens nouveaux sont ceux liés à la mise en œuvre de l'entretien du 4^o mois, financés en 2006, du second poste de psychologue, financé en 2005 dans le cadre du plan périnatalogie, et ceux liés au fonctionnement de l' HAD. Le recrutement du 8^{ème} poste d'obstétricien est financé en partie par des crédits ARTT délégués en 2005 et pour le reste par reprise sur les crédits accordés pour l'intégration des gardes et pour le paiement des plages additionnelles.

Les dépenses des titres 2 et 3 ont été fixées au niveau des dépenses constatées en 2006, ce qui représente en soi un nouvel objectif important d'économies compte tenu de l'inflation et du dérapage connu de certains postes (assurances,

énergie, ...). Les dépenses du titre 3 intègrent le nouveau marché de gestion de l'électricité, à hauteur de 200 000 €. Les frais financiers et les dotations aux amortissements sont chiffrés au réel.

Comme il l'a été mentionné plus avant, il serait de très mauvaise gestion d'obérer une année de plus l'investissement courant, gage du maintien en état de l'outil de travail. A défaut de pouvoir rattraper le défaut d'investissement 2006, l'EPRD 2007 prévoit de consacrer à ce poste les montants prévus au projet d'établissement. 2007 marque par ailleurs le début de mise en œuvre des opérations lourdes prévues au projet d'établissement, à commencer par les travaux de restructuration de la pouponnière, financés par autofinancement, emprunt et subvention du Département et l'aménagement du bâtiment administratif en préalable à la démolition du pavillon Dolto.

Sur ces bases sur le plan des objectifs d'activité et d'économies, l'EPRD 2007 s'équilibre en recettes et dépenses par un prélèvement de 558.418 € sur le fonds de roulement de l'établissement. Cette ponction est rendue possible par les bons résultats d'activité 2006 qui ont permis de reconstituer une trésorerie initiale suffisante.

Pour autant, malgré ce budget de rigueur, le centre hospitalier du Belvédère se trouve toujours dans la situation critique d'un établissement dont la valorisation d'une activité forte ne suffit pas à équilibrer les moyens pourtant reconnus insuffisants déployés pour sa production. La projection pluriannuelle actualisée démontre une nouvelle fois le besoin d'accompagnement de l'établissement pour son fonctionnement courant et a fortiori pour mettre en œuvre sa modernisation.

Face à cette situation budgétaire complexe, il reste à en chercher les causes tant externes qu'internes avant de chercher à en atténuer les effets pour assurer la survie de cet établissement.

2.2 Analyses et réflexions sur les raisons de la situation actuelle

Pour tenter d'analyser les raisons des difficultés budgétaires il faut dans un premier temps détailler les effets directs sur l'établissement des baisses de tarifs de GHS consacrés aux activités gynécologie obstétrique (2.2.1), constat illustré

par une étude de la variations de certains tarifs significatifs (2.2.2) avant d'examiner de manière plus globale les inadéquations pouvant être soulevées entre ces activités et le mode de fixation des tarifs correspondants (2.2.3).

2.2.1 Des baisses de tarifs particulièrement dévalorisantes pour le CHB

Dans quelle mesure ce nouveau mode de tarification a-t-il pu entraîné une situation détériorée pour un établissement qui en attendait tant au vu de son activité ? La principale explication à cet état de fait tient dans le montant de ces tarifs de GHS, qui ont de par leur nature et leur baisse depuis 2004, un impact directement négatif sur les recettes d'exploitation du CHB.

Ainsi une récente projection de la DDASS sur les résultats de l'établissement fait apparaître nettement que si les tarifs fixés sur ces GHS avaient été maintenus à leur montant, l'établissement avec son case mix actuel dégagerait un excédent d'exploitation (voir annexe 4). Analyse brute, venant attester significativement que cet établissement retrouverait une situation financière saine par une juste rémunération de ses activités par des tarifs adaptés.

Cette analyse peut être approfondie à travers une étude micro économique de l'évolution de ces tarifs des GHS représentatifs majeurs de l'établissement.

2.2.2 Analyse détaillée de l'effet de l'application des tarifs actuels au CHB

Ces baisses de tarifs, particulièrement sensibles en 2006 (voir tableau ci-dessous) se traduisent selon la Fédération hospitalière de France (FHF)⁵ pour la campagne budgétaire 2006 par une baisse des financements consacrés à l'obstétrique de 3.1% soit environ un montant de 50 millions d'euros. Alors que 65 % de l'activité d'obstétrique publique est réalisée au travers de 2 GHS, le premier « accouchement par voie basse sans complication significative », représentant 50 % de l'activité obstétrique, diminue en 2006 de 2.5%, le second « césarienne sans complication significative », 15 % de l'activité subit une baisse de 1.7%

A ces effets s'ajoute un changement dans les méthodes de prise en compte de ces durées de séjours : les bornes supérieures de ces 2 GHS, donnant droit à une

⁵ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, « Crise de croissance de la natalité en France », FHF : Dossier de presse, 17 mai 2006, [en ligne], [visité le 13.08.2007], disponible sur internet : http://www.fhf.fr/file.php?tb=dos_article&at=id_article&px=fic1&id=1724

facturation de suppléments, ont été relevées dans la nouvelle classification (V10). La borne haute du premier passe de 10 à 14 jours et celle du second de 10 à 22 jours, ce qui se traduit directement par une baisse des financements aux établissements sur ces suppléments

Ces données adaptées à l'activité réelle du CHB sur la période d'application de la tarification à l'activité permettent de produire les deux tableaux ci-dessous, à travers l'analyse de l'impact des évolutions tarifaires de 5 GHS majeurs pour l'établissement. :

Tableau de l'évolution de tarifs significatifs de gynécologie obstétrique pour le centre hospitalier du belvédère:

		tarif 2004	tarif 2005	tarif 2006	tarif 2007	écart %2007/2004	écart euros 2007/2004
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2342,9	2223,68	2168,17	2236,29	-4,55%	- 106,61 €
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1125,2	1045,2	1038,19	1044,42	-7,18%	- 80,78 €
14C02A	Césariennes sans complication significative	3160,93	3064,57	3013,26	3082,51	-2,48%	- 78,42 €
14C02C	Césariennes avec complications majeures	4879,5	5091,41	4746	5063,33	3,77%	183,83 €
15Z05B	Nouveaux nés de 2500g et plus, avec autre problème significatif	1998,66	1419,87	1535,99	1545,2	-22,68%	- 453,46 €

Ce premier tableau retrace à partir du case mix de l'établissement et de la variation des tarifs, les GHS les plus significatifs au vu de son activité. Il traduit ainsi de manière claire la différence de tarif importante sur 4 de ces 5 GHS majeurs. Le tableau suivant, à partir de ces 4 GHS ayant diminué entre 2004 et 2007 traduit de manière budgétaire les pertes de recettes d'exploitation

entraînées directement sur l'établissement en estimant le nombre de ces GHS à partir du case mix 2006 du CHB (voir annexe 5).

		tarif 2004	tarif 2007	ECART	casemix chb	gain si tar. 04
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2 342,90 €	2 236,29 €	106,61 €	2399	255 757,39 €
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1 125,20 €	1 044,42 €	80,78 €	2487	200 899,86 €
14C02A	Césariennes sans complication significative	3 160,93 €	3 082,51 €	78,42 €	316	24 780,72 €
15Z05B	Nouveaux nés de 2500g et plus, avec autre problème significatif	1 998,66 €	1 545,20 €	453,46 €	509	230 811,14 €
						712 249,11 €

Ces recettes supplémentaires théoriques de 712 249 € obtenues si les tarifs étaient ceux fixés en 2004, ramenées au compte de résultat principal 2006 (voir annexe 6) de l'établissement donneraient un excédent en fin d'exercice de 659 449.65 €.

On voit donc nettement par le simple détail de ces 4 tarifs que l'effet tarif a un impact directement négatif sur le budget de l'établissement et que c'est bien dans ce sens qu'il faut trouver une des causes principales à sa situation actuelle.

Dans le cas du CHB et de sa spécificité de configuration, un dernier exemple de l'effet des tarifs peut venir étayer cette réflexion, en partant de l'analyse des tarifs et suppléments liés aux activités de néonatalogie.

Cas particulier des tarifs de néonatalogie :

Comme il est démontré dans le tableau précédent des tarifs de GHS, le tarif dominant cette pratique (15Z05B) a subi une forte baisse entre 2004 et 2007. Lié à ces cas, un supplément est fixé pour valoriser les prises en charge des bébés

relevant de ce GHS, ce supplément de néonatalogie étant tarifé en 2007, à hauteur de 316.67 €.

Toutefois ce tarif ne peut être appliqué que dans des lits identifiés à cet effet et dont le nombre et l'implantation sont fixés par les tutelles. Pour le CHB ce nombre est fixé actuellement à 6 lits. Ainsi en 2006, 509 bébés (case mix 2006) auraient pu bénéficier de ce supplément, or seulement 241 ont pu voir ce tarif appliqué en raison de leur accueil dans l'un des lits identifiés. C'est donc 268 suppléments qui n'ont pu être valorisés par l'établissement soit une perte de 84 867.56 € supplémentaires sur ce seul GHS de périnatalité.

Cette nouvelle dévalorisation rapportée sur l'établissement tend à démontrer que l'application de ce supplément dans la forme qui lui est donné aujourd'hui ne peut valoriser une maternité du type du CHB. Ce supplément favorise plutôt les établissements possédant une importante unité de néonatalogie, c'est-à-dire les maternités de niveau III, alors qu'elle pénalise en plus de la baisse conséquente des tarifs les maternités de niveau I et II.

2.2.3 Un caractère mono disciplinaire ne pouvant compenser l'effet de ces tarifs

Dans le cadre de cet effet directement pénalisant des tarifs de gynécologie obstétrique sur les ressources de l'établissement, une solution d'équilibrage de ces pertes pourrait être proposée par leur compensation grâce à des tarifs mieux valorisés sur d'autres pratiques, par exemple liés aux activités chirurgicales offrant des tarifs de GHS plus élevés.

Hors dans le cas précis du CHB, le caractère quasi mono disciplinaire de l'établissement, ne peut permettre un tel rééquilibrage.

En effet la configuration, l'organisation de la structure ne peuvent aujourd'hui apporter une telle solution. L'activité de chirurgie gynécologique et obstétricale occupant 6 lits de l'établissement ne représente que 10.95 % de l'activité totale de l'entité. Dans ce cadre, il semble difficilement envisageable de venir combler les pertes des actes d'obstétrique sur ces activités. L'offre de soins en chirurgie ne peut qu'être peu développée dans la configuration actuelle de l'établissement, d'une part en terme de moyens humains et matériels, et d'autre part au vu de l'offre existante conséquente concurrentielle au sein du territoire sur ces pratiques, tant en secteur public que privé. Cette voie, ne pourrait pas à court terme être une solution efficace à la consolidation de la situation du CHB.

2.3 Réflexions sur les causes propres au mode de fixation des tarifs

Au-delà des impacts directement pénalisants des tarifs propres au GHS de gynécologie obstétrique, une réflexion plus large peut être engagée autour des raisons de cette situation au travers des modalités d'application et de fixation des tarifs concernant les activités liées à la naissance.

2.3.1 Une réforme n'étant pas menée jusqu'à son terme et pour certains aspects éloignée des objectifs et principes initiaux

En 2007, rappelons que la part de tarification liée à l'activité est de 50 %. Dans ce cadre à considérer que l'établissement se voit donner les moyens de développer son activité, en clair de faire plus d'accouchements en raison de son attractivité (cf refus d'accouchements). Cette hausse d'activité se ferait à perte et contribuerait à creuser le déficit de l'établissement puisque que pour un accouchement réalisé en plus de ceux prévisionnels (EPRD), l'établissement recevrait 50 % de recettes pour 100% de dépenses engagées à la réalisation de celui-ci.

Ce raisonnement basique tend à appuyer la demande des établissements comme le Belvédère qui souhaitent aller au bout de la démarche et voir ainsi appliquer un taux de 100 % T2A à condition que les tarifs liés soient bien entendus adaptés aux dépenses engagées.

De plus, la régulation macro-économique engagée à travers la mise en œuvre de cette réforme qui est certes nécessaire au regard des difficultés de l'assurance maladie, mais inéquitable en ce qu'elle s'applique uniformément à tous les hôpitaux, sans tenir compte de leur situation particulière. Elle se traduit notamment par une régulation « prix-volume » qui voit les tarifs baisser chaque année, annulant ainsi l'effet attendu de revalorisation de l'activité. La part financée à l'activité augmentant par ailleurs chaque année : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% pour 2007, les effets de cette régulation s'amplifient.

Elle se traduit également par l'application à tous les établissements en 2005, reconduite de fait en 2006, d'un taux de conversion des dépenses à charge de l'assurance maladie notablement différente du taux réel de chaque établissement. Le principe de cette mesure étant que jusqu'en 2007 les seules données transmises aux ARH étaient des données d'activité déconnectées de toute information sur la

couverture sociale du patient, la tutelle appliquant un taux moyen de prise en charge des prestations par l'assurance maladie générant pour ceux-ci un déficit de recettes d'assurance maladie que certains, tels le Belvédère, ne peuvent même pas reporter sur les tiers payants. Ce taux de conversion supprimé pour l'ensemble des établissements en 2007 (circulaire du 21 mars 2007⁶) avait pu être évité au CHB dès 2006 en raison de la fiabilité de son système d'information, pouvant enrichir les données d'activité transmises du taux réel de prise en charge de la patiente concernée. Malgré tout, cette mesure a entraîné des baisses de ressources conséquentes sur les épisodes budgétaires précédents.

Elle se traduit ensuite, par des économies générales demandées à tous, au prorata de leurs masses budgétaires et non de leurs (in)capacités réelles. Ce système se trouve donc simplement équilibré par une régulation macro-économique sur les tarifs, n'allant pas dans le sens de la réforme qui était d'inciter à la productivité et non pas de limiter l'activité, cette situation paradoxale traduisant cette contradiction entre les objectifs majeurs et utiles de la réforme et une baisse des tarifs exercée depuis sa mise en œuvre afin de maintenir les dérives des enveloppes ONDAM.

Autre objectif majeur de la réforme, la politique de convergence des tarifs entre établissements publics et privés, qui se traduit aujourd'hui par des ponctions sur les enveloppes publiques et par des tarifs publics qui par exemple sur l'année 2006 sont censés intégrer, malgré leur baisse, une part plus importante (85% au lieu de 35%) de la hausse des dépenses de reconduction qu'ils ne devraient normalement pas supporter, ainsi que 35% des mesures nouvelles liées à certains plans nationaux (plan périnatalité en particulier). La baisse des tarifs est donc en réalité bien plus forte que la simple comparaison des montants ne le montre. S'agissant du Belvédère, c'est une recette d'un demi million d'euros qui disparaît ainsi du budget sur l'exercice 2006 du seul fait du passage à 35% de T2A et des tarifs 2006. De plus il est à noter dans ce domaine que la mise en œuvre de cette convergence, se traduisant notamment en gynécologie obstétrique par une hausse des tarifs des établissements privés sans qu'aucune étude ou analyse sérieuse n'est mesurée et comparée les écarts de coûts et les différences de moyens mis en œuvre autour des GHS concernés au sein des structures privées. Cette absence

⁶ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. CIRCULAIRE N°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion, non publiée au Journal officiel

d'éclaircissement allant à l'encontre de cette notion de convergence prônant l'équité « La convergence n'est pas l'unicité mais l'équité : à activité identique, tarif identique »⁷.

Enfin comme cela a pu être démontré de façon précise à travers certains tarifs d'obstétrique, des évolutions des tarifs des groupes homogènes des séjours qui échappent à la compréhension aboutissent à ce que certaines activités sont génératrices de profit et que d'autres sont par contre déficitaires, ce qui est notamment le cas des activités d'obstétrique. Cette opacité⁸ dans l'élaboration et la variation des tarifs ne traduisant par pour la majorité des établissements le coût des moyens mis en œuvre et entretenant l'ambiguïté entre tarification à l'activité et tarification à l'acte. Ainsi toute hausse de l'activité génère aujourd'hui dans cette discipline moins de recettes qu'elle ne consomme de moyens supplémentaires pour la produire. En effet, malgré le rattrapage intervenu en 2006. Leur évolution 2007 est par ailleurs très faible et en toute objectivité inférieure à l'évolution des dépenses nécessaires à la production de l'activité, dont une majeure partie, pour ne considérer que les salaires, échappe à toute décision locale, et alors même que les tarifs sont censés intégrer l'intégralité des hausses de traitement et du G.V.T. 2007, ceux-ci ne permettent pas de compenser ces différentes augmentations liées au fonctionnement de tout établissement (énergie, assurances...).

Pour aller plus loin dans l'analyse des causes des difficultés de la structure, il semble intéressant de s'attarder sur les inadéquations pouvant exister dans les fixations des tarifs propres aux activités de gynécologie obstétrique.

2.3.2 Un mode de fixation des tarifs en inadéquation avec les activités de périnatalité

Cette réforme de la tarification à l'activité mise en œuvre depuis 2004 pose le problème de l'inadéquation entre le mode de tarification des activités obstétricales et le coût des moyens techniques et humains nécessaires à leur réalisation

⁷ MATTEI J-F, Ministre de la santé, discours à l'Assemblée nationale le 30.10.2003

⁸ « Dossier : La tarification à l'activité », *Enjeux hospitaliers*, Avril 2006, n° 1, pp. 8-37

Ainsi, force est de constater que s'agissant de la discipline obstétricale, la tarification à l'activité, fondée strictement sur les actes médicaux et de soins ponctuant le suivi des femmes enceintes, la préparation à la naissance et l'accouchement en lui-même ne tient pas compte de l'ensemble des activités supports du processus global de prise en charge, qui s'inscrivent en général dans le cadre d'une mission de santé publique et qui constituent les axes prioritaires de la politique périnatale.

Pour ce qui est aujourd'hui réaffirmé du point de vue plan périnatal et pour ce qui concerne les prises en charge spécifiques du centre hospitalier du Belvédère, en l'occurrence, ces activités support comprennent :

- l'accompagnement à la parentalité, la prise en charge du couple donnant au père toute sa place dans la préparation, pendant l'accouchement et après l'accouchement, de l'accompagnement à l'allaitement maternel,
- la prise en charge des risques médicaux psychosociaux, en particulier celle des femmes en situation de précarité ou de détresse psychologique,
- du suivi postpartum des couples mères-enfants les plus vulnérables afin notamment de prévenir les risques de dépression post-partum, de maltraitance, et des actions d'éducation à la santé.

L'absence de prise en compte, dans la tarification d'activité, de l'ensemble de ces missions qui ne peuvent en aucun cas être mesurées quantitativement à travers des actes médicaux et des séjours mais qui, pour autant, sont particulièrement consommatrices de moyens constitue donc une des causes majeures de l'inadaptation des tarifs. Ce décalage ne pouvant assurer l'accompagnement financier indispensable au plan périnatalité 2005/2007⁹ dont la finalité est, « d'améliorer la prise en charge périnatale autour des valeurs d'humanité, proximité sécurité et qualité », la politique tarifaire constitue aujourd'hui un obstacle rédhibitoire à l'adaptation aux besoins et aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

2.3.3 Une tarification inadaptée au caractère d'urgence des activités obstétricales

En second lieu, il peut être avancé que la tarification à l'activité ne tient pas compte de la spécificité de la discipline obstétricale, à savoir une activité par

⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan Périnatalité 2005-2007, [en ligne], [visité le 22.04.2007], disponible sur internet : www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf

nature d'urgence, qu'il s'agisse d'accouchements par voie basse ou d'une césarienne en cours de travail, sauf dans les cas particuliers mais rares, où l'accouchement peut être programmé ou provoqué. Or la mise aux normes des plateaux techniques (décrets du 9 octobre 1998) et l'obligation d'organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins ainsi que la présence permanente de personnel soignant affecté au service du secteur naissance, véritable corollaire de l'activité obstétricale, nécessitent la mise en œuvre de moyens importants quel que soit le nombre de naissances et induisent des coûts dont le financement ne peut être uniquement couvert par la facturation dans sa forme actuelle des séjours, pour sa part directement liée à l'activité réalisée.

Pour une structure comme le CHB de niveau II, c'est une permanence de 24h/24 d'un médecin obstétricien, 24h/24 d'un anesthésiste, pour les salles de naissance, 24h/24 une équipe au bloc obstétrical et 24h/24 d'une équipe d'astreinte au bloc chirurgical, que l'établissement fasse une ou 10 naissances, la nuit ou les jours fériés. De fait, il peut être considéré qu'il s'agit là bien d'un problème conceptuel et méthodologique dans la détermination des tarifs liés à ces pratiques.

En conséquence, la grille tarifaire semble dévaloriser tout particulièrement la discipline: quelles que soient les pratiques, qu'il s'agisse de la technique de la césarienne ou de celle, moins invasive, de l'accouchement par voie basse qui, certes, limite le temps médical, mais requiert, sur une durée plus longue, une mobilisation importante de moyens de suivi, d'accompagnement et de surveillance clinique et para clinique, lors du déroulement du travail de la phase d'expulsion de la délivrance et en post-partum. A cet égard, il convient de souligner que si la dévalorisation tarifaire affecte l'ensemble des activités obstétricales, la technique chirurgicale, reste cependant mieux rémunérée. Depuis la mise en œuvre de la réforme, l'écart se creuse entre les deux pratiques Le tarif d'un accouchement par voie basse étant aujourd'hui de 37,8 % inférieur à celui d'une césarienne sans complications.

Malgré ces différents constats et difficultés soulignés, le centre hospitalier du Belvédère loin de se résigner à une mort programmée, a pris le parti de mettre tout en œuvre pour améliorer ce contexte et de s'adapter afin de lui permettre de continuer de fonctionner dans de bonnes conditions tout en

préservant les valeurs et identités qui en font un établissement atypique mais reconnu et sollicité par les patientes de son territoire de santé.

3 SECTION III : UNE VOLONTÉ FORTE DE SURMONTER CES DIFFICULTÉS ET DE PRÉSERVER LES VALEURS DU CHB

Dans cette volonté de surmonter ses difficultés financières, l'établissement s'emploie à mettre en œuvre des démarches continues d'adaptation aux enjeux du contexte actuel. Dans ce sens il cherche dans un premier temps à optimiser ses ressources et organisations (3.1) en modernisant sa structure à travers des investissements lourds (3.2), adaptations et innovations guidées par un souci prioritaire de préserver ses valeurs et spécificités de prise en charge (3.3).

3.1 Optimiser les ressources et les organisations

Dans le contexte économique actuel des établissements de santé, le CHB se devait dans un premier temps de mettre en place une politique forte de contrôle de gestion de ses activités (3.1.1), d'optimiser son système d'informations et le recueil des données dédiées à la facturation (3.1.2) tout en poursuivant des actions d'optimisation de ses dépenses au sein des activités supports et logistiques (3.1.3).

3.1.1 La mise en place d'outils de comptabilité analytique

La mise en application de la réforme du financement des établissements de santé, basée sur une allocation de ressources en fonction de l'activité doit inciter ceux-ci à réfléchir sur le coût de l'ensemble de son fonctionnement courant. Dans le cas d'un hôpital comme le CHB, se trouvant dans une situation déficitaire suite à la valorisation des actes, cette nécessité prend d'autant plus de sens. Le moyen privilégié pour entamer cette analyse passe par la mise en place d'outils performants de comptabilité analytique. Les principaux objectifs de cette démarche sont d'établir un diagnostic sur la performance économique des établissements en décomposant les processus de formation des coûts et à apporter des réponses sur les écarts éventuels entre la réalisation des actes et leur tarification. Dans ce sens, le tableau cout case mix (TCCM) et le compte de résultat analytique (CREA) sont deux éléments importants permettant de poser un diagnostic efficace de la performance économique d'un pôle et d'un établissement.

Pour le CHB, l'objectif de cette démarche d'étude analytique est donc à court terme de disposer d'outils de gestions internes « médico économiques » à destination du Directeur et du responsable de pôle, mais également d'utiliser ces outils à des fins externes dans une problématique de valorisation et de positionnement au vu de sa situation actuelle.

A) Mise en œuvre pratique

Pour réaliser ce projet , le CHB s'est engagé fin 2006 dans un chantier de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) de « mise en œuvre d'outils de comptabilité analytique dans les hôpitaux » ; La fin de ce chantier étant prévu pour décembre 2007.

Le périmètre défini au moment du lancement de ce chantier est de créer un TCCM et CREA au niveau de l'établissement mais également au niveau des secteurs du pôle médical.

En effet en raison de sa configuration spécifique et des objectifs poursuivis à travers cette démarche il s'est révélé nécessaire d'adapter ces outils à la structure médicale de l'établissement. La nouvelle organisation médicale de l'établissement issue de la mise en place de la nouvelle gouvernance est guidée par le souci de conserver une approche globale des patientes. Le centre hospitalier du Belvédère se constitue d'un pôle médical unique, qui regroupe l'ensemble des activités cliniques MCO et médico-techniques. Le pôle médical est organisé en secteurs qui, à l'exception de la Pharmacie, ne sont pas des services au sens de l'ancien article L 6146-1 CSP, mais des entités fonctionnellement cohérentes sur le plan de la prise en charge médicale et soignante, permettant la bonne mise en œuvre du projet de prise en charge des patients. Ces secteurs sont :

- salle de naissances
- suites de couches
- consultations autres que génétiques
- unité kangourou
- bloc opératoire, chirurgie gynécologique et obstétricale
- hospitalisation prénatale et hôpital de jour
- diagnostic prénatal, radiologie et consultation de génétique

Ces secteurs sont constitués d'une ou plusieurs unités fonctionnelles (UF) devant permettre l'imputation comptable et analytique de l'activité et des charges.

Dans le sens de cette organisation, restait à adapter la démarche analytique à la taille de l'établissement : en effet l'objectif n'est pas de créer un outil complexe et rigide mais bien au contraire un outil souple et modulable, pouvant être pérenniser et mis à jour simplement tout en permettant d'afficher les résultats attendus.

Ainsi les premiers mois de ce chantier, ont permis de mettre à jour le fichier commun de structure (FICOM) et de réaliser un découpage analytique précis de l'établissement à travers des sections d'analyse (SA) en fonction des critères énoncés ci-dessus et des recommandations du guide méthodologique de l'étude nationale des coûts (ENC) version 2007.

Les étapes suivantes ont permis de redéfinir une répartition des différents agents par UF et par catégories analytique, médical, soignant, autres débouchant sur un outil d'extraction des données en temps réel par secteurs fiable et modulable en compatibilité avec les différents logiciels du système d'information (SIH) en place : CPAGE pour l'économat, les finances, la gestion des malades, les recettes et ressources humaines ; PH7 pour la paye et le logiciel de saisie des actes médicaux DIAMM. Dans la même période une démarche est menée avec le département d'information médicale (DIM) et les secteurs du bloc et de la radiologie afin de produire des unités d'œuvre (UO) en indice de coût relatif (ICR). Dans la construction de ces outils, il est à noter que l'établissement possède en amont des structures de gestion avancées : tableaux de bord d'activité, capacité d'imputer directement un maximum de charges sur les UF consommatrices, développement avancé du dossier médical partagé et une base de système d'information dématérialisée performante.

Si les travaux de finalisation de ces outils se poursuivent, les premiers TCCM et CREA devraient être produits en fin d'année à partir des données 2007, dans le cadre de ce mémoire, une première utilisation a permis de dégager quelques sources analytiques exploitables.

B) Premières données analytiques exploitables

Pour étayer les analyses avancées en deuxième partie de ce travail, il paraissait important à partir des outils analytiques mis en place de s'attarder sur l'étude analytique d'un acte significatif pour le CHB, à savoir le coût de revient

d'un accouchement pouvant être ainsi comparé aux ressources attribuées pour cet acte.

Ainsi en se basant sur, le tableau de synthèse des coûts directs , des données d'activité (case mix 2006) et des clés de répartition mises en place pour la comptabilité analytique cette analyse permet de dégager les résultats détaillés ci-dessous :

Le cas d'étude se penche sur le cas des actes majoritaires dans l'établissement à partir des données du case mix 2006, seront extrait l'accouchement par voie basse sans complication et le séjour d'un bébé de 2500g et plus sans problèmes significatifs.

Dans l'état d'avancée des données analytique de l'établissement les résultats de cette étude si ils ont l'intérêt de donner une idée précise de l'écart coût ressource et de le comparer aux données nationales, ces résultats ne concernent dans ce cas précis que deux GHS, qui même si ils sont majoritaires, ne peuvent attester des résultats analytiques de l'ensemble de la structure. Ils ont comme principal objectif de calculer le coût d'un accouchement au sein de l'établissement, en le comparant au coût de ces mêmes GHS calculés dans l'ENC.

En ce sens ils méritent d'être complétés par l'ensemble des résultats analytiques futurs donnant seuls les valeurs précises de comparaison complètes en rapport avec les bases de données nationales.

Il est à noter au vu des résultats présentés dans le tableau suivant sur le calcul du coût d'un accouchement au CHB, présentant un écart de 195.73 € par rapport aux ressources des deux GHS, que ce déficit, ramené à l'écart de baisse subie par ces 2 tarifs entre 2004 et 2007 soit 189.53€ (voir partie 2) serait presque en adéquation avec les ressources allouées si les tarifs se trouvaient au moins être au niveau de ceux de 2004. L'on peut également mesurer à travers ces résultats globaux les pertes occasionnées sur une année pour l'acte principal du CHB soit 469 564.72 €

Tableau de calcul du coût d'un accouchement par voie basse sans complications

	Total des dépenses nettes sur l'année à répartir	Unités d'œuvre	Dépenses pour 1 acc. (DMS: 5,3 jours)	Dépenses pour 2399 Acc.
Dir. Gen. + Gest. Mal.	1 572 159,08 €	Nbre de journées	320,54 €	768 976,00 €
Transport	76 755,32 €	Nbre de journées	15,65 €	37 542,64 €
Ateliers	327 250,36 €	Nbre de journées	66,72 €	160 065,02 €
Blanchisserie	264 646,88 €	Nbre de journées	53,96 €	129 444,34 €
Restauration	592 727,19 €	Nbre de repas	78,44 €	188 177,56 €
Hébergement	421 151,66 €	Nbre de journées	85,87 €	205 994,11 €
Pharmacie	98 430,12 €	Nbre de journées	20,07 €	48 144,24 €
D.I.M	37 024,92 €	Nbre de RUM créés	8,23 €	19 738,40 €
Imagerie med.	421 802,51 €	Nbre d'actes	72,76 €	174 556,53 €
Stérilisation	174 901,66 €	Nbre d'actes/%/UF	33,19 €	79 622,81 €
Anesthésie	1 667 405,35 €	nombres actes	402,10 €	964 651,68 €
Urg. SDN	3 474 818,98 €	1065,57 € par acc.	1 065,57 €	2 556 302,43 €
SDC	3 408 387,78 €	236,48 € par jour	1 253,34 €	3 006 772,26 €
TOTAL	12 537 461,81 €		3 476,44 €	8 339 988,01 €
			RECETTES ACCOUCHEMENT	14Z02A : 2236,29 €
				15Z05A : 1044,42 €
COUT D'UN ACCOUCHEMENT	3 476,44 €		TOTAL	3 280,71 €
			résultat sur 1accouchement	-195,73 €
			résultat sur 2399 accouchements	-469 564,72 €

Pour finaliser cette approche analytique, le calcul du coût de cet acte , peut être comparé aux données de l'ENC. Pour se faire ne possédant pas dans l'état actuel de l'ensemble des décompositions, certaines données sont agrégées, sont ainsi regroupées sous la dénomination section analyse clinique suite de couche (SACSDC) toutes les données liées à la partie hospitalisation. De même sous l'agrégat section analyse médico technique salle de naissances (SAMTSDN), se trouvent additionner l'ensemble des charges comprenant les actes d'anesthésie, de produits pharmaceutiques, d'imagerie, de stérilisation, les salaires de personnels toutes catégories ainsi que les charges de structure.

Tableau synthétique de comparaison coût de l'établissement/ENC :

	CHB	ENC	ECART
DMS	5,3	4,39	0,91
logistique générale	494,08 €	504,10 €	- 10,02 €
blanchisserie	53,96 €	50,90 €	3,06 €
restauration	78,44 €	66,10 €	12,34 €
SAMT SDN	1 601,92 €	1 269,70 €	332,22 €
SAC SDC	1 253,34 €	1 247,20 €	6,14 €
total	3 476,44 €	3 138,00 €	338,14 €

L'examen de cette comparaison coût de l'établissement par rapport à ceux de l'ENC, permet d'avancer certaines remarques et analyses :

- La DMS de l'établissement supérieure à celle de l'ENC peut être justifiée par le projet médical et de soin de l'établissement visant à favoriser l'accompagnement des mères dans l'allaitement maternel. Cette pratique guidée par une volonté de santé publique, occasionne un temps de suivi interne plus conséquent. De plus il est important de rappeler que le fait de diminuer cette durée ne pourrait en l'état actuel des tarifs améliorer la situation de l'établissement car comme le redémontrent ces résultats, il s'appauvrit à chaque naissance.
- La restauration présentant elle aussi un écart supérieur avec les coûts nationaux, va permettre à l'établissement de réfléchir aux orientations à donner à cette activité : souhaitant en effet maintenir une qualité de restauration forte, l'établissement va engager une étude sur les évolutions de sa restauration, à savoir une externalisation complète de la fonction restauration ou un rajustement des coûts de productions à

qualité égale en interne. Une perfectibilisation des données analytiques en ce domaine permettra dans un proche avenir d'orienter ces choix.

- Le coût de logistique générale, inférieur aux résultats nationaux, tend à démontrer que la structure réduite de l'établissement, en terme de taille de service administratif et logistique n'est pas une source de surcoût mais qu'au contraire, elle ne pèse pas sur les coûts de fonctionnement. Cette démonstration va à l'encontre d'un rattachement à une structure plus importante, comme cela a pu être envisagé dans les années antérieures avec le CHU de Rouen (partie1).
- La section d'analyse clinique avec un taux proche de la moyenne, tend à confirmer cette position et démontre également que l'établissement n'est pas sur doté en personnel et que là encore sa structure d'hospitalisation de taille réduite, n'est pas un motif de surcoût.
- Enfin les résultats de la section d'analyse médico technique, fortement supérieure aux données nationales, mérite une attention particulière. Rappelons qu'à ce stade ces données méritent d'être affinées par une décomposition analytique plus précise. Toutefois, cet écart conséquent sur la fonction clé de l'établissement, à savoir l'activité technique liée aux salles de naissance, peut s'expliquer par l'importance des moyens mis en œuvre dans ce secteur afin de répondre aux exigences sécuritaires de fonctionnement (décret périnatalité). Mais aussi pour s'adapter au projet de l'établissement à savoir une sage femme présente du début à la fin de l'accouchement. De plus en raison du caractère quasi mono disciplinaire du CHB ces coûts lourds, notamment en terme de personnels médicaux ne peuvent être absorbés et lissés sur d'autres activités consommatrices de l'établissement Ce résultat tend à confirmer les analyses faites en seconde partie de ce mémoire sur l'inadéquation entre la fixation des tarifs liés aux actes réalisés dans ces secteurs et que c'est bien à ce niveau là du processus, qu'il se trouve être le plus pénalisant et inadapté pour le CHB.

Cette exploitation des outils de comptabilité analytique va se poursuivre et permettra au CHB de posséder d'ici fin 2007 de données de coût de fonctionnement des secteurs clés de l'établissement à savoir l'obstétrique, la gynécologie, la médecine néonatale, en terme de décomposition par actes d'hospitalisation, de consultations et de chirurgie pour la gynéco obstétrique.

Ces données analytiques guideront l'établissement dans ses orientations et positionnements futurs.

En parallèle du développement de cette comptabilité analytique, l'établissement a engagé une étude de sa chaîne de facturation.

3.1.2 Optimiser la fonction facturation

Même si la facturation au fil de l'eau des actes et consultations externes, prévue au 1er janvier 2008, est finalement repoussée de quelques mois, de même que celle des séjours, fixée un an plus tard, elle reste un sujet d'autant plus épineux pour les établissements qu'il implique à nouveau une mise à niveau stratégique des transmissions avec les caisses-pivot. Dans ce sens, le CHB disposant déjà d'un système d'information des données efficace, s'est engagé dans une analyse de l'ensemble de la chaîne de transmission afin d'être prêt à émettre ces titres de recettes « au fil de l'eau » à la date fixée. En effet au vu de sa situation financière, l'établissement ne pourra se permettre un retard dans le transfert de ces données, retard qui entraînerait implicitement un décalage dans la rentrée des ressources venant aggraver fortement la situation actuelle. L'objectif est comme dans la démarche analytique de mettre en place une organisation adaptée à la structure de l'hôpital et visant à la fois simplicité de mise en œuvre et efficacité.

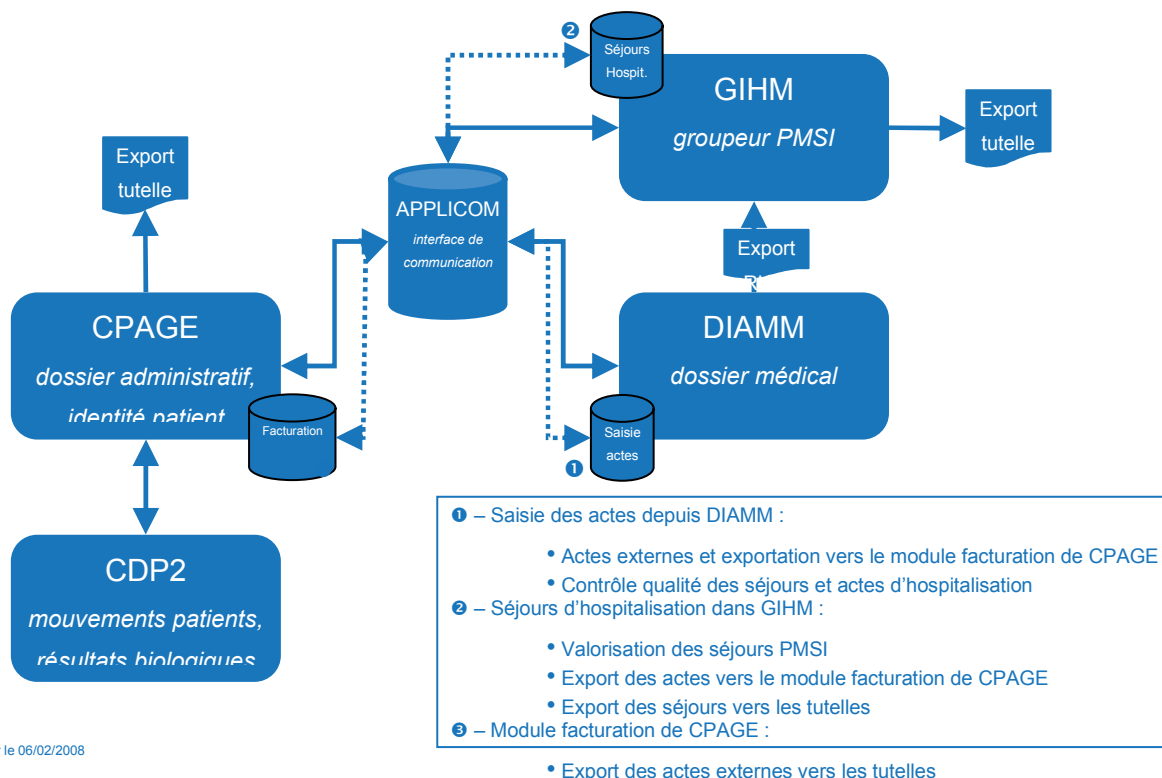
Afin de garantir ces deux objectifs, l'établissement participe depuis plus d'un an à des phases de test de transmission dématérialisée à l'assurance maladie par l'intermédiaire du dispositif NOEMIE. Ces phases se poursuivent et les résultats se montrent concluants au niveau de l'établissement. Cette étape primordiale dans la future organisation de la facturation se trouve favorisée par des relations directes et régulières entre les agents de la structure et le référent attribué au sein de la caisse pivot ainsi qu'avec le comptable du trésor responsable de l'établissement. De plus en raison de prises en charge majoritairement courantes (100%) concernant les grossesses, le rapport du trésorier de l'établissement relève un taux de reste à recouvrer en fin d'exercice quasiment nul pour l'année 2006.

Mais au delà de cette partie technique et de ces résultats satisfaisants, c'est en amont de cette phase que l'organisation de la facturation se doit d'être étudiée, c'est-à-dire en interne auprès des différents éléments de l'établissement participant au recueil, codage et transfert des données de facturation.

Une analyse est donc engagée à ce jour pour mesurer la fiabilité de cette chaîne et pour tenter si il y a lieu d'y apporter des améliorations autour des points clefs de ce processus.

Le système d'information de l'établissement est résumé à travers le schéma suivant du traitement informatisé du recueil des données médicales.

Schéma du traitement des données médicales au CHB:



C'est donc à travers cette chaîne, qu'il s'agit de trouver s'il y a lieu des points faibles ou à améliorer ; dans ce sens une première étape s'est attachée à étudier le mode de recueil des données à chaque stade de la chaîne.

Le traitement des données administratives doit d'abord dissocier les actes externes, de consultations faisant l'objet d'une facturation directe à la sortie des patientes et les actes liés à une hospitalisation faisant l'objet d'un résumé unique médical (RUM) par le département d'information médicale (DIM).

Le recueil des données administratives, concernant l'ensemble des actes de la structure sont effectuées au niveau du bureau des entrées au sein même de l'hôpital. Cet espace, cœur de la chaîne de facturation est équipé de borne vitale permettant aux patientes de mettre à jour leurs droits et d'un terminal carte bleue pour faciliter les paiements par ce moyen. Cette centralisation en un

lieu unique permet d'ouvrir le dossier servant de base de recueil de toutes les informations nécessaires à la facturation de la consultation ou du séjour.

Autour de ce recueil administratif, étape prioritaire et indispensable, l'analyse s'est attardée sur les modes de saisie des actes, du codage au sein des services clés de la structure : salle de naissances, bloc pour les actes IVG et d'hospitalisation de jour, échographie et radiologie notamment sur les actes réalisés sur les patientes hospitalisées et secteur des consultations d'urgence d'obstétrique.

Ce travail en cours a permis dès à présent de définir certaines pistes d'améliorations pour cette étape, de la fiabilité desquelles dépend le montant des actes facturés et donc les ressources de l'établissement, deux axes principaux peuvent être dégagés à ce stade :

- Uniformiser et parvenir à une dématérialisation totale des supports de recueil et de codage, des actes ; supprimer tout recueil papier afin d'éviter des manipulations et retraitements successifs, allant parfois jusqu'à trois saisies. Ces doublons sont à la fois des éléments de ralentissement de la chaîne et autant de sources d'erreurs dans l'exhaustivité des données ; de plus ces actes répétés sont peu valorisants pour les agents en ayant la responsabilité.

Pour se faire, il s'agira de placer des postes de traitement informatique au plus près des sources de production des données, en proposant des supports de recueil les plus simples et interactifs possibles afin de limiter le temps et la difficulté de codage. Dans ce sens sont étudiées des possibilités d'installation d'écrans tactiles dans les blocs et salle de naissance et des dispositifs de reconnaissance écrites pour les consultations.

- Organiser une permanence de recueil des passages aux urgences, permettant l'enregistrement à la fois administratif et médical du passage afin d'en faciliter et garantir la facturation. En effet avec une moyenne de 600 passages mensuels en consultations d'urgence obstétrique dont la moitié débouche sur une hospitalisation, un certain nombre de passages concernant des patientes non enregistrées dans l'établissement occasionnent en dehors des heures d'ouverture du bureau des entrées, des charges de travail lourdes de retraitement de ces passages et des

actes effectués ainsi qu'un risque important de perte d'éléments de facturation.

Au-delà de ces points à travailler, c'est un travail constant qui est mené par l'établissement pour sensibiliser l'ensemble des agents au caractère primordial de la facturation. Une remise en question permanente vise à garantir à chaque niveau une efficacité et une exhaustivité dans le fonctionnement de cette chaîne devenu l'élément majeur du fonctionnement d'un hôpital comme le CHB.

Le CHB, dans cette politique d'optimisation des ressources, engage par ailleurs des démarches constantes de réflexions sur les coûts de production de ses activités supports en privilégiant à qualité de service équivalent, la solution économiquement la plus avantageuse.

3.1.3 Optimiser les organisations et les coûts des activités supports

Le CHB ne se contente pas de dénoncer les tarifs liés à son activité et d'en mesurer les conséquences : il remet en cause certaines de ses organisations liées à la logistique et activités de support pour en améliorer le coût de revient et l'efficacité. Ainsi, si comme il a été énoncé lors de l'étude des premiers résultats analytiques, une réflexion sur le fonctionnement de la fonction restauration est envisagée, des démarches significatives ont déjà été menées ou sont en cours autour de l'activité de lingerie, de l'électricité et des produits pharmaceutiques.

En 2005, la fonction lingerie est réorganisée : le matériel de traitement du grand plat est vieillissant et nécessite des investissements lourds, de plus le coût du kilo de linge lavé est supérieur aux moyennes des établissements de l'échelle. En ce sens, le choix est fait d'externaliser ce type de linge par le biais d'un marché avec la lingerie du CHU de Rouen possédant un équipement moderne et capable d'absorber dans de bonnes conditions de délai et de qualité les draps du CHB. Après deux ans de cette externalisation, les résultats sont positifs : la qualité de traitement de ce type de linge est maintenue et cette opération a permis le gain d'un poste d'équivalent temps plein pour la structure. Autre aspect significatif le coût du kilo de linge lavé baisse, atteignant en 2006 une économie de 60 centimes d'euros par kilo de linge traité. De son côté la lingerie du CHB continue de traiter le reste du linge de l'établissement, tenues

des agents, petit linge et vêtements des enfants de la pouponnière. Cette réorganisation permet aujourd'hui de pérenniser cette fonction sur le site et d'investir dans de nouveaux équipements visant à améliorer les conditions de travail des agents et la qualité des prestations.

Une autre illustration de cette volonté d'optimiser les coûts des services logistiques s'exprime dans la démarche engagée en début d'année 2007 autour de la fourniture et de la maintenance de l'énergie électrique. Le CHB se devait de moderniser ses installations électriques : passage d'une alimentation en 380 V et doublement des groupes électrogènes afin de répondre aux exigences réglementaires (arrêté du 10 octobre 2000 et circulaire du 8 septembre 2006).¹⁰ Dans ce sens, profitant de l'ouverture à la concurrence du marché de l'électricité, le CHB a lancé fin 2006, un appel d'offre ouvert concernant l'exploitation de ses installations électriques. Les objectifs de ce marché étant de : mettre en conformité les installations avec les exigences réglementaires citées en référence ci-dessus, afin d'avoir une gestion globale, sûre et exhaustive des installations électrique, notamment par la mise en place d'une seconde alimentation, de permettre le passage progressif de l'installation du 220 V en 380 V, de bénéficier d'un tarif concurrentiel sur la fourniture d'électricité, de lever les réserves des organismes de contrôle, de libérer l'agent électricien et biomédical de l'établissement de ces interventions pour se consacrer uniquement aux tâches biomédicales, d'assurer une sécurité électrique et la maintenance 24/24h par la présence d'un agent en permanence dans l'établissement. Ce dernier point garantit également un relamping total de la structure visant à réduire les consommations.

Cette démarche précurseuse dans le milieu hospitalier, ne présente pas encore assez de recul pour en mesurer l'impact financier direct sur les charges d'énergie électrique. Toutefois la présence de l'agent extérieur a dès à présent

¹⁰ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 10 octobre 2000 fixant la périodicité, l'objet et l'étendue des vérifications des installations électriques au titre de la protection des travailleurs ainsi que le contenu des rapports relatifs auxdites vérifications [en ligne], Journal officiel n° 241 du 17 octobre 2000, [visité le 06.06.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=542904&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/E4 no 2006-393 du 8 septembre 2006 relative aux conditions techniques d'alimentation électrique des établissements de santé publics et privés, non publiée au Journal officiel

permis de gagner en temps de technicien bio médical et de garantir une qualité d'intervention et de dépannage électrique permanente.

Enfin, toujours dans une volonté d'efficience et de qualité de service, le CHB s'est engagé dans une dématérialisation des processus de gestion et de commande des produits pharmaceutiques. Actuellement, les préparatrices en pharmacie passent une fois par semaine dans les unités pour le suivi des armoires de service. Cet inventaire effectué sur format papier nécessite une charge de travail importante, puisque le retraitement doit être ensuite fait au niveau de la pharmacie par ces mêmes préparatrices sur informatique afin de finaliser le suivi des stocks et d'assurer le lien avec les services économiques de l'établissement. Les objectifs sont donc de formaliser, de sécuriser et de simplifier le processus de suivis des commandes et stocks des produits pharmaceutiques. Enfin de dématérialiser entièrement la phase de commandes de pharmacie des services pour permettre en fin de processus une optimisation des commandes vers les fournisseurs, regroupement par type de produits et à intervalles plus large pour diminuer les coûts d'approvisionnement tout en garantissant une sécurité de stock suffisant.

Toutefois, pour permettre une mise place satisfaisante de ces projets et continuer dans cette démarche d'évolution, le CHB se doit de moderniser ses infrastructures.

3.2 Investir et moderniser pour répondre aux besoins de santé

Fort de cette volonté d'avancer et de produire des prestations de qualité afin de maintenir son attractivité et son activité, l'avenir de l'établissement passe en premier lieu par une restructuration lourde de ses structures. Ce projet plusieurs fois repoussé tend à se concrétiser à travers la mise en place du plan hôpital 2012 (3.2.1). Ce projet nécessitant un investissement lourd, il permettra à l'établissement de disposer d'outils lui offrant enfin la possibilité de développer son activité autour de structures techniques adaptées (3.2.2). En parallèle, le CHB continue d'investir et de développer une politique de communication et de démarche qualité tant en externe qu'en interne (3.2.3).

3.2.1 La concrétisation du projet de restructuration du CHB

Le projet de restructuration du plateau technique de la maternité, rendu nécessaire par la mise en norme depuis 1998 (décret du 9 octobre 1998), présenté à plusieurs reprises depuis cette date, non retenu en 2005 dans les critères d'éligibilité du plan hôpital 2007, tend aujourd'hui à se finaliser grâce à la ténacité de l'ensemble des personnels de l'établissement et par l'intermédiaire des volets du plan hôpital 2012.

Malgré ces reports, ce délai laissé à l'établissement lui ont permis de finaliser la préparation de ce projet capital et de dégager un avenir plus lisible pour le CHB. En effet, l'année 2006 a constitué sur ce plan une nouvelle et importante avancée vers la pérennisation du Centre Hospitalier du Belvédère, à travers trois évènements :

- l'approbation tout d'abord par un courrier du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 17 mars 2006 du projet d'établissement voté par le Conseil d'Administration le 16 décembre 2005 ;
- la parution du SROS III ensuite, dont les rares mais précieuses dispositions relatives à l'établissement le situent sans ambiguïté dans le territoire de santé ;
- la restitution enfin du rapport de la mission d'appui de la DHOS, en juillet, qui est venue confirmer le diagnostic d'utilité, de qualité et de bonne gestion de l'établissement et la nécessité de le soutenir.

Il est aujourd'hui acté que le Centre Hospitalier du Belvédère est conforté dans son statut et ses missions sur au moins la durée du SROS III et qu'une réelle volonté politique de l'ARH existe de l'accompagner dans sa nécessaire modernisation. La signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en mars 2007 est venue officialiser ces orientations.

Ces interrogations sur le devenir de l'établissement étant levées, les projets de modernisation du Belvédère ont ainsi pu être relancés. 2006 a vu d'une part se terminer les études de restructuration de la Pouponnière, l'obtention du permis de construire, la consultation des entreprises et la passation des marchés de travaux. Les travaux lancés à l'automne 2006, permettront en 2008, l'accomplissement des missions de la pouponnière dans des locaux opérationnels

2006 a vu d'autre part lancer le concours de maîtrise d'œuvre de la restructuration du plateau technique et de la maternité, afin d'être techniquement prêts à lancer les travaux dès que les financements seront donnés. Le projet architectural lauréat désigné en avril 2007, donne une

symbolisation matérielle à cette restructuration et permet un travail collectif de préparation technique de l'avant projet sommaire de la nouvelle structure. La concrétisation de ces années de réflexion autour de cette rénovation lourde, ne peut trouver une fin heureuse que dans l'appui financier du volet investissement du plan hôpital 2012.

Mais ce projet de restructuration, au delà de la construction matérielle d'espaces de soins adaptés, offrira au CHB de l'outil rendant enfin possible le développement de ses activités

3.2.2 Une augmentation d'activité enfin possible

La phase de réflexion accompagnant les études architecturales sur la rénovation des structures de l'établissement, a permis de dégager de réelles sources d'augmentation de l'activité.

Ainsi, la construction de deux salles de naissances supplémentaires, aboutissant à un total de 8, liée à une organisation adaptée tant en matériel qu'en moyens humains permettrait de réaliser 250 accouchements supplémentaires par an.

De plus, suite à la perte constatée due à l'inadéquation de lits identifiés néonatalogie avec les potentiels d'accueil de ce type au CHB (voir 2.2.2), la création de 4 lits supplémentaires d'hospitalisation néonatale a été intégré au projet de restructuration. Afin de pouvoir bénéficier au plus vite de l'association du supplément néonatal à un maximum de naissances le justifiant, le CHB souhaite aménager ces lits au plus vite afin d'en recevoir la juste compensation financière estimé annuellement sur l'ensemble de ces séjours à plus de 200 000 €.

Les estimations sur ces gains d'activité représentant une forme de retour sur investissement sont détaillées dans le tableau page suivante.

Ces estimations basées sur les tarifs appliqués en 2006, et une répartition des activités en fonction du case mix 2006 du CHB font apparaitre après réalisation des différentes phases de travaux un total de recettes nouvelles de 1 008 002€.

FINANCEMENT TRAVAUX DE RESTRUCTURATION :

subvention investissement	15 000 000,00 €
Aide Migac surcouts financiers	900 000,00 €
Amortissement en 25 ans	600 000,00 €
Maintenance (2%)	300 000,00 €

Pas de frais financiers si subvention

LES TRAVAUX PERMETTENT D'AUGMENTER L'ACTIVITE DE 250 ACCOUCHEMENTS

I) RECETTE SUPPLEMENTAIRE BASE TARIFS 2006 100% T2A		REPART	TARIF	RECETTE
CASE-MIX 2006 : 3251 accouchements dont :		250	2006	
VB sans Compl.	74%	185	2 223	411 255
VB avec Compl.	11%	27	2 686	72 522
VB avec Compl. Maj.	1,50%	4	3 438	13 752
César	10%	25	3 064	76 600
César avec compl.	1,50%	4	4 322	17 288
César avec compl. Maj.	2%	5	5 033	25 165
TOTAL	100%	250		616 582

CASE-MIX 2006 : Bébés dont :		REPART	TARIF	RECETTE
		250	2006	
2,5kg et +	77%	193	1 038	200 334
2,5kg et + avec C.	16%	40	1 536	61 440
2,5kg et + avec C. Sévère	3%	7	2 043	14 301
2 à 2,5 kg	2%	5	1 681	8 405
2 à 2,5 kg avec C.	1%	3	2 454	7 362
2 à 2,5 kg avec C. Sévère	1%	2	2 974	5 948
TOTAL	100%	250		297 790

RECETTE SUPPLEMENTAIRE HAUSSE ACTIVITE 250 ACCOUCHT.	914 372 €
---	------------------

II) PASSAGE A 10 LITS UNITE NEONATOLOGIE		
CASE-MIX 2006 : 1931 SUPPLEMENTS SOIT TAUX D OCCUPATION 88% POUR 6 LITS		
CALCUL (T2A 100%) : 4 LITS x 365 JOURS x 88% = 1285 JOURNEES x 300€ =		385 440 €

TOTAL RECETTES NOUVELLES	1 299 812 €
---------------------------------	--------------------

III) A DEDUIRE CHARGES NOUVELLES LIEES ACTIVITE		
--	--	--

PERSONNEL :		212 000 €
4 Sages-Femmes en Salle de naissance la nuit		
12h30 x 365 nuits = 4.563 h / 1.547 = 2,95 = 3 postes x 58,000 €	174 000	
Transformations postes liées à augmentation Néonate	38 000	

DEPENSES MEDICALES ET HOTELIERES		
216 séjours Suite de Couches Normales x DMS 5,4j =	1 166	
34 séjours Césariennes x DMS 6,3j =	214	
Total journées supplémentaires :	1 381	
Dépense médicale et pharmaceutique par séjour : 137 € x 250 séjours	34 250	
Hôtellerie : 13,4 alim + 13,9 linge + 5,5 eau-élec = 32,80 = 33 € x 1 381 j =	45 560	
TOTAL DEPENSES MEDICALES ET HOTELLIERES	79 810	
TOTAL CHARGES NOUVELLES	291 810	
TOTAL RECETTES NOUVELLES NETTES II) - III)	1 008 002 €	

Engagé dans cette dynamique de restructuration et espérant que l'année 2008, se traduira par l'engagement formel et financier des tutelles dans ce projet, le CHB ne néglige pas de développer une politique de communication adaptée à ces projets et lui permettant de travailler au quotidien son attractivité.

3.2.3 Une politique de communication forte

Conscient depuis longtemps qu'au vu de sa spécificité, l'établissement se devait de communiquer sur ses activités et ses valeurs. En effet en raison de son caractère spécifique, l'établissement ne peut continuer de fonctionner que si les patientes continuent de faire le choix de venir accoucher dans ses unités, ainsi la qualité et les modes de prises en charge adaptés sont les principales sources d'appel auprès des patientes qui choisissent ou non de séjourner dans ses locaux. Pour maintenir cette attractivité, il s'est engagé dans une démarche continue de communication autour de ses activités.

Cette communication passe dans un premier temps par les médias conventionnels, presse locale et nationale, presse spécialisée et médias audiovisuels, mais également aujourd'hui par l'exploitation des supports internet.

Ainsi développé depuis 2002, le site internet de l'établissement a obtenu en 2006 le prix du jury de la communication hospitalière ; Ce site développé et géré en local a été initialement conçu pour offrir aux patientes des informations pratiques sur l'établissement, sur les modalités d'inscription et de séjour ; il leur permet de calculer les différentes étapes de leur grossesse et de s'inscrire à la maternité. Le site est également depuis 2006, ouvert à d'autres visiteurs : il présente ainsi un espace réservé aux ressources humaines, une page consacrée aux marchés publics et un accès réservé aux professionnels de la santé.

Cette dynamique de communication s'applique aussi en interne grâce à la mise en place d'un site intranet à usage des agents de l'établissement permettant d'accéder à une base de gestion documentaire, ainsi qu'à des espaces de traitements dématérialisés des commandes de repas des unités ou aux demandes d'intervention des personnels techniques permettant ainsi de garantir un suivi de ces demandes.

L'ensemble de ces activités de communication se faisant dans une démarche d'efficacité et d'exigence de qualité à tous les niveaux de ses structures.

Ainsi, s'appuyant sur ces nouvelles infrastructures et sa volonté de surmonter le contexte budgétaire actuel, l'établissement cherche à développer de nouveaux projets permettant d'élargir ses modes de prise en charge.

3.3 Innover tout en préservant les valeurs de l'établissement

Ne se limitant pas à des modernisations de ses structures, le CHB développe régulièrement des projets de prise en charge visant à répondre aux attentes des usagers et des priorités de santé publique comme la maternologie (3.3.1) ou l'hospitalisation à domicile (3.3.2) tout en s'attachant à rester fidèle à ses valeurs initiales (3.3.3).

3.3.1 La maternologie et la prise en charge des pathologies psychiatriques du peripartum

L'insuffisance de dépistage et de prévention de la Dépression du Post-Partum ainsi que la nécessité d'améliorer la prise en charge des troubles de la parentalité avaient été soulignées dans le projet d'établissement 2000-2004. Depuis 2000, le Docteur J-M MEMBREY (psychiatre, chef de service de l'unité 76 G 08 du C.H. de Saint Etienne du Rouvray) assure 2 demi-journées de psychiatrie de liaison à la maternité. Dès 1995, plusieurs évaluations des besoins et projets d'unité d'hospitalisation mère-enfant ont été élaborés. Pour l'année 2003, 30 couples mère-enfant, ont pu être repérés pendant leur séjour en maternité au Belvédère. Ils auraient tiré bénéfice d'une prise en charge dans une structure d'hospitalisation conjointe. Les besoins régionaux sont beaucoup plus importants. Il faut en effet tenir compte, d'une part du caractère rétrospectif de cette évaluation réalisée sur un seul site, d'autre part du nombre probablement important de femmes et d'enfants qui n'ont pu être repérés en maternité. Certaines pathologies telle la dépression du post partum affectant "classiquement " 10 % des accouchées se révèlent habituellement 6 à 8 semaines après l'accouchement. Enfin la tendance actuelle, à la diminution des durées de séjour en maternité ne contribue pas à l'observation des difficultés d'interaction mère-père-enfant. Actuellement, il n'existe dans la région aucune structure permettant la prise en charge et l'observation conjointe des mères en difficultés avec leur enfant au sein d'une même unité spécialisée. A ce jour lorsque le suivi ambulatoire des patientes est impossible, les mères sont hospitalisées en secteur psychiatrique, séparées de leur enfant qui ne peut y être accueilli. Les perturbations des interactions précoces parent-enfant ont des conséquences à long terme sur la santé physique et psychique de

l'enfant. La séparation majore le sentiment de culpabilité et la souffrance maternelle. Dans ce contexte la création d'une unité d'hospitalisation mère-enfant de maternologie et de psychiatrie trouve sa place. Cette initiative s'intègre dans le cadre de la "prévention des troubles de la santé mentale de l'enfant", priorité de santé publique retenue en 2005 en pédiatrie ainsi que des SROS périnatalité et psychiatrie. Cette unité serait localisée au 2^{ème} – 3^{ème} et 4^{ème} étage de la pouponnière actuelle, après les travaux de rénovation engagés en 2007.

3.3.2 L'antenne périnatale d'hospitalisation à domicile

La création d'une antenne périnatale d'hospitalisation à domicile avec la Croix-Rouge s'inscrit dans le contexte de l'évolution de prises en charge obstétricales. Les fortes contraintes pesant sur les établissements de santé et le CHB en particulier, l'évolution de la demande d'un certain nombre de familles qui souhaitent un retour plus précoce à domicile mais avec un accompagnement adapté qui ne remette pas en cause la qualité du suivi post-natal, de la prévention et de l'éducation sanitaire, ont conduit le CHB à envisager le développement de ce type de prise en charge.

Les politiques nationales et régionales recommandent la constitution de structures polyvalentes de tailles suffisantes pour être économiquement équilibrées : le CHB s'est donc tourné vers l'hôpital de la Croix-Rouge de Bois Guillaume, détenteur de l'autorisation des places HAD sur le territoire de santé, pour développer une antenne périnatale, couvrant dans un premier temps le périmètre de l'agglomération de Rouen. Les objectifs découlent de la circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, s'agissant des indications pathologiques et des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de mai 2004, s'agissant des indications du post partum physiologique. Ils peuvent être résumés par le souci de fournir au domicile des prestations de niveau identique à celui dont la patiente et son enfant bénéficieraient en hospitalisation classique en matière de soin, de surveillance, de prévention, d'éducation et d'accompagnement pour permettre l'autonomie.

Cette organisation s'est concrétisée par l'ouverture de 5 places d'HAD en mai 2007, le taux de remplissage est bon, ce dispositif permet aux mères dont l'état le permet de sortir 48 ou 72 heures après l'accouchement et de bénéficier d'un suivi quotidien.

Les premiers résultats ne permettent pas de faire baisser de façon significative la DMS de l'établissement, mais un développement de cette structure pourrait l'influencer de manière plus franche, tout en garantissant aux patientes une alternative à l'hospitalisation en adéquation avec les valeurs et projets de prises en charge du CHB.

3.3.3 Maintenir les valeurs fortes de l'établissement

A travers les exemples ci-dessus de projet développés par l'établissement, on mesure la volonté affichée de continuité des valeurs du CHB, qui sont d'offrir une approche globale et individualisée de la grossesse. L'établissement se refuse à se lancer dans des évolutions de son activité allant à l'encontre de ses valeurs et à l'opposé de tout sens éthique.

Ainsi au vu de ses difficultés budgétaires, il, pourrait être tenté de développer en interne des pratiques plus rémunératrices, comme la césarienne. En effet avec un taux en 2006 de 13.49 % de ce type d'actes pour une moyenne nationale approchant les 18 %, le CHB pourrait décider d'augmenter ce nombre d'actes à l'approche de la valeur nationale. Césariennes qui rappelons le se trouvent être mieux valorisées au niveau des GHS et permettent dans certains cas une programmation de l'acte, réduisant ainsi d'autant les charges matérielles et humaines liés çà un accouchement par voie basse.. Dans ce sens un courrier récent d'une tutelle, comportant une phrase sur « la faisabilité d'une modification de la typologie des accouchements orientée vers une meilleure valorisation des GHS » a plongé l'ensemble des instances du CHB dans une interrogation sur la compréhension à donner à ce type d'interpellation.

En tout état de cause le CHB refusant de modifier sa philosophie de soin et ne voulant assimiler seuil d'activité à seuil de rentabilité se refuse de modifier ses pratiques. Modifications ne trouvant aucunes justifications de bien être de la patiente et de l'enfant mais se trouvant au contraire à l'opposé de toutes considérations éthiques et de santé publique ;

Tout comme il ne partage pas une autre piste avancée, lors d'une récente réunion : soumettant la possibilité de passer l'ensemble de ces chambres en régime particulier. En effet, l'ensemble des chambres du CHB étant individuelles, était avancée l'idée de facturer cette prestation systématiquement en régime particulier. Là encore ce bouleversement de pratiques, se trouve être à l'encontre des valeurs de l'établissement, qui s'oppose à de telles mesures, bouleversement qui lui serait à terme nuisible, car rappelons le, le choix d'un lieu d'accouchement reste entier pour la maman et c'est largement l'image et les valeurs d'un établissement qui guident ce choix.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, deux axes de conclusion peuvent être dégagés. La première de ces conclusions, se situe au niveau de l'établissement étudié, le centre hospitalier du Belvédère, doit tendre vers une prise en compte de la situation particulière de cet hôpital afin de lui donner la possibilité de surmonter les difficultés décrites. En effet, si celui-ci croit encore à une application de la réforme du financement ayant un effet positif sur son activité, le dynamisme et la volonté déployés en interne ne peuvent aujourd'hui suffire à pérenniser l'établissement. Une solution durable ne peut venir que par l'intervention d'un soutien significatif des tutelles et d'une revalorisation des tarifs liés à ses activités. Ce soutien serait le signe concret et attendu de la reconnaissance de l'activité et de la qualité des pratiques de cet hôpital.

Une seconde réflexion doit être menée au niveau de l'ensemble des prises en charge périnatales nationales, devant engager la totalité des acteurs à une remise en cause des montant des tarifs alloués à cette discipline.

En effet, au vu des inadéquations révélées dans cette étude et des difficultés dénoncées par plusieurs maternités publiques, il semble nécessaire de ré envisager les modalités de fixation des tarifs de ce secteur. Cette remise en cause passe dans un premier temps par une transparence affichée dans le calcul des tarifs. Dans ce sens, l'exemple américain qui diffuse en accès libre à tout citoyen, les raisons des évolutions des groupes et des tarifs et où la fixation de ceux ci se fait après un débat avec l'ensemble des acteurs de terrain peut être une avancée vers la fin de cette opacité centralisée.

De plus, cette revalorisation des activités d'obstétrique serait un signe fort de l'adaptation de la rémunération de ces activités en phase avec les objectifs ambitieux des différents plans périnataux mis en place. La régulation macro économique exercée à travers les variations de tarifs risquant à brève échéance de créer une crise forte des maternités publiques et de creuser des différences de prise en charge dues à une orientation vers des activités plus rémunératrices. Ce désengagement créerait les effets inverses des objectifs initiaux de la réforme du

financement qui étaient de donner les moyens nécessaires aux établissements actifs pour répondre aux exigences de santé de leur territoire et non de créer des inégalités : comme l'annonçait monsieur Mattéi alors ministre de la santé devant l'assemblée nationale le 30 octobre 2003, « Il n'y aura ni sélection, ni identification des patients en fonction d'éléments socio-économiques... Désormais l'hôpital sera financé en fonction du volume d'activité et de l'état de santé du patient. ».

Ce rééquilibrage de moyens entre les ressources allouées aux établissements publics et les objectifs de santé publique de ce secteur serait une reconnaissance forte des efforts de ceux-ci pour fournir une offre de soin adaptée de qualité et traduirait enfin la mise en application concrète des objectifs de la réforme du financement. Passage indispensable qui redonnerait aux établissements les moyens de répondre en France à un des taux de natalité les plus élevés d'Europe, signe de richesse et de croissance d'une nation.

Bibliographie

DOCUMENTS OFFICIELS

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATON SUR L'HOSPITALISATION., *Guide de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune MCO*, ATIH : mars 2007, 200 p.

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATON SUR L'HOSPITALISATION. *Guide méthodologique et version 10b des GHM*, 05.03.2007, [en ligne], [visité le 08.08.2007], disponible sur internet : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000240000000>

COUANAU R., 2003, *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, 19.03.2003, 98 p, [en ligne], [visité le 09.06.2007], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i0714-2.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan Périnatalité 2005-2007, [en ligne], [visité le 22.04.2007], disponible sur internet : www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf

MISSION D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER. *Organisation du processus de facturation hospitalière des établissements publics – Guide de lecture des indicateurs de rejet de facturation*, MEAH : mai 2007, 20 p., [en ligne], [visité le 08.08.2007], disponible sur internet : [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement -
_Guide_CNAMTS_MSA.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement_-_Guide_CNAMTS_MSA.pdf)

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 [en ligne]. Journal officiel, n° 299 du 24 décembre 2002. [visité le 24.05.2007], disponible sur internet :
Christophe CROUZEVALLE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2007

<http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=603261&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) [en ligne]. Journal officiel, n° 235 du 10 octobre 1998. [visité le 12.05.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=663538&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. Journal officiel, n° 235 du 10 octobre 1998. [visité le 12.05.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=663537&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. CIRCULAIRE N°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion, non publiée au Journal officiel

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, non publiée au Journal officiel

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/E4 no 2006-393 du 8 septembre 2006 relative aux conditions techniques d'alimentation électrique des établissements de santé publics et privés, non publiée au Journal officiel

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 10 octobre 2000 fixant la périodicité, l'objet et l'étendue des vérifications des installations électriques au titre de la protection des travailleurs ainsi que le contenu des rapports relatifs auxdites vérifications [en ligne], Journal officiel n° 241 du 17 octobre 2000, [visité le 06.06.2007], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=542904&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

OUVRAGES

ANGELLOZ-NICOUD M., 2005, *La réforme du mode de financement des établissements de santé. La T2A : Les enjeux budgétaires et comptables*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 177 p.

PERIODIQUES

« Facturation et taux de conversion – Les modalités d'application dans les EPS et les conséquences financières du taux de conversion », *Revue Finances Hospitalières*, Juillet-Août 2007, pp. 2-7

« Dossier : La tarification à l'activité », *Enjeux hospitaliers*, Avril 2006, n° 1, pp. 8-37

DIVERS

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, « Crise de croissance de la natalité en France », FHF : Dossier de presse, 17 mai 2006, [en ligne], [visité le 13.08.2007], disponible sur internet : http://www.fhf.fr/file.php?tb=dos_article&at=id_article&px=fic1&id=1724

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Tableau ARH Haute Normandie données PMSI 2002 établissements courts séjours.
- Annexe 2 :** EPRD 2006 Centre hospitalier du Belvédère.
- Annexe 3 :** EPRD 2007 Centre hospitalier du Belvédère
- Annexe 4 :** Tableau DDASS réalisé en juin 2007 sur le bilan d'activité du centre hospitalier du Belvédère.
- Annexe 5 :** Extraits case mix 2006 Centre hospitalier du Belvédère
- Annexe 6 :** Compte de résultat simplifié année 2006 Centre hospitalier du Belvédère.
- Annexe 7 :** Liste des personnes rencontrées pour la réalisation de ce mémoire.

ANNEXE I

Tableau ARH Haute Normandie données PMSI 2002
établissements courts séjours.

ARH Haute-Normandie

PMSI 2002 : établissements financés par dotation globale réalisant un recueil d'activité en court-séjour

	Total ISA court séjour redressé (a)	ISA consultation et urgences (b)	ISA molécule onéreuses (c)	Total Points ISA (d)=a+b+c	Nb de RSA	Taux exhaustivité
CH [REDACTED]	6 517 786	394 318	0	6 912 104	6 150	101,00%
CH [REDACTED]	4 355 176	737 667	0	5 092 843	4 529	108,00%
CH [REDACTED]	3 837 166	391 442	0	4 228 608	3 688	94,60%
CH [REDACTED]	1 581 851	339 453	0	1 921 304	1 368	100,60%
SIH [REDACTED]	35 499 246	6 844 104	420 661	42 764 011	44 214	97,60%
CHI [REDACTED]	24 352 376	2 747 406	202 481	27 302 263	25 406	100,40%
CH D [REDACTED]	20 098 501	1 924 328	179 146	22 201 975	21 822	101,70%
HL S [REDACTED]	268 481	1	0	268 482	195	98,60%
CH B [REDACTED]	1 386 281	175 810	0	1 562 091	1 024	104,30%
CH N [REDACTED]	723 146	1	0	723 147	430	101,90%
CHU [REDACTED]	115 808 636	10 247 388	1 033 662	127 089 686	90 942	100,00%
CH [REDACTED] EL	15 778 506	2 347 451	1 913 393	20 039 350	54 736	95,50%
CH BELVEDERE	6 702 356	441 612	0	7 143 968	9 602	98,00%
[REDACTED]	49 244 716	5 380 548	351 081	54 976 345	49 876	100,30%
[REDACTED]	6 304 666	697 566	198	7 002 430	5 989	101,50%
[REDACTED]	4 533 166	259 045	126 826	4 919 037	4 878	100,50%
[REDACTED]	1 753 336	1	0	1 753 337	474	98,00%
REGION	298 745 392	32 928 141	4 227 448	335 900 981	325 323	

	Compte Admin. année 2002 avec abattement (e)	Valeurs points ISA en euros (f)=e/d	Ecart moyenne régionale Indice base 100 (g)=(f/2,19)*100	Dotations théoriques (h)=d*(2,19)	Ecart calculé en Euros (i)=h-e
CH [REDACTED]	13 023 764	1,88	86,11	15 125 198	2 101 434
CH [REDACTED]	12 142 507	2,38	108,96	11 144 256	-998 251
CH [REDACTED]	9 129 778	2,16	98,67	9 253 121	123 343
CH [REDACTED]	5 497 275	2,86	130,76	4 204 234	-1 293 041
SIH [REDACTED]	96 073 718	2,25	102,67	93 577 027	-2 496 691
CH [REDACTED] RS	58 913 419	2,16	98,61	59 743 334	829 915
CH [REDACTED]	46 190 881	2,08	95,08	48 582 786	2 391 905
HL S [REDACTED]	645 459	2,40	109,87	587 497	-57 961
CH B [REDACTED]	3 359 697	2,15	98,29	3 418 197	58 500
CH M [REDACTED]	917 027	1,27	57,95	1 582 404	665 377
CHU [REDACTED]	278 593 037	2,19	100,18	278 100 082	-492 956
CH [REDACTED] REL	33 302 162	1,66	75,94	43 850 489	10 548 327
CH BELVEDERE	14 447 474	2,02	92,42	15 632 567	1 185 093
[REDACTED]	134 337 746	2,44	111,67	120 300 290	-14 037 456
[REDACTED]	16 353 962	2,34	106,73	15 322 851	-1 031 111
[REDACTED]	8 693 717	1,77	80,77	10 763 931	2 070 214
[REDACTED]	3 403 328	1,94	88,70	3 836 686	433 357
REGION	735 024 951	2,19	100,00	735 024 951	0

Source : DRASS Haute-Normandie/MAHOS

≥ 2,14 Moyenne Nationale has DDM

ANNEXE II

EPRD 2006 Centre hospitalier du Belvédère

EPRD SYNTHETIQUE

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL
PRINCIPAL

PREVISIONS 2006

		CHARGES	PRODUITS		
Titre 1	Charges de personnel	14 520 258 €	15 920 807 €	Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2	Charges à caractère médical	920 610 €	330 135 €	Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	1 840 289 €	1 427 275 €	Titre 3	Autres produits
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	797 671 €	-		
TOTAL DES CHARGES		18 078 828 €	17 678 217 €	TOTAL DES PRODUITS	
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)			400 611 €	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)	
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL		18 078 828 €	18 078 828 €	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL	

TABLEAU DU PASSAGE DU RESULTAT PREVISIONNEL A LA CAF PREVISIONNELLE

RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)		400 611 €	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)	
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	-	-	-	- Produits des cessions d'éléments d'actifs
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	786 282 €	-	-	- Quote-part des subventions virée au résultat
		31 774 €	-	- Reprises sur amortissements et provisions
Sous-total 1	786 282 €	432 385 €		Sous-total 2
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT (si 1-2>0)	353 897 €	-		INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT (si 1-2<0)

ANNEXE III

EPRD 2007 Centre hospitalier du Belvédère

EPRD SYNTHETIQUE Prévisionnel - CENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE 2007

Prévisions 2007

COMPTE DE RESULTAT PRÉVISIONNEL PRINCIPAL	Prévisions 2007		
	Dépenses	Recettes	
Titre 1 : Charges de personnel	15 562 711	16 351 939	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	1 000 862	370 255	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	2 140 162	1 653 206	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	796 123		
Total des charges	19 499 858	18 375 400	Total des produits
résultat prévisionnel (excédent)		1 124 458	résultat prévisionnel (déficit)
Total équilibré du compte de résultat prévisionnel	19 499 858	19 499 858	Total équilibré du compte de résultat prévisionnel

Tableau de passage du résultat prévisionnel à la CAF prévisionnelle (y compris incidences des budgets annexes)

RÉSULTAT PRÉVISIONNEL (EXCÉDENT)	-	1 124 458	RÉSULTAT PRÉVISIONNEL (DÉFICIT)
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	-	-	- Produits des cessions d'éléments d'actifs
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	732 119	-	- Quote part des subventions virée au résultat
		70 886	- Reprises sur amortissements et provisions
Sous-total 1	732 119	1 195 344	Sous-total 2
Capacité d'autofinancement (si 1-2 > 0)	-	463 225	Insuffisance d'autofinancement (si 1-2 < 0)

TABLEAU DE FINANCEMENT PRÉVISIONNEL

Insuffisance d'autofinancement prévisionnelle	463 225	-	Capacité d'autofinancement prévisionnelle
Titre 1 : Remboursement de dettes financières	334 653	3 554 125	Titre 1 : Emprunts
Titre 2 : Immobilisations	4 152 280	862 875	Titre 2 : Dotations et subventions
Titre 3 : Autres dépenses	-	-	Titre 3 : Autres ressources
Total des emplois	4 950 158	4 417 000	Total des ressources
Apport au fonds de roulement	-	533 158	Prélèvement sur le fonds de roulement
Total équilibré du tableau de financement abrégé	4 950 158	4 950 158	Total équilibré du tableau de financement abrégé

APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	-
PRÉLÈVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT	533 158
+ Variation de l'actif circulant d'exploitation	-
- Variation des dettes d'exploitation	-
= Variation du besoin en fonds de roulement d'exploitation (1)	-
+ Variation des autres débiteurs	-
- Variation des autres crédateurs	-
= Variation du besoin en fonds de roulement hors exploitation (2)	-
(1) + (2) = Variation du besoin en fonds de roulement ou dégageement net de fonds de roulement	-
Variation de la trésorerie	- 533 158

ANNEXE IV

Tableau DDASS réalisé en juin 2007 sur le bilan d'activité du
centre hospitalier du Belvédère.

Bilan activité du Centre Hospitalier du Belvédère Mont-St-Aignan

(hors molécules et DMI)

	2004 (T2A 10 %)	2005 (T2A 25 %)	évolution 2004/2005	2006 (T2A 35 %)	évolution 2005/2006	projection 2007 (T2A 50 %)	évolution 2006/2007
activité valorisée à 100 %							
activité 100 % T2A (HAD, PO, chir ambu)	0	0		0		0	
montant après application Tx de conversion	0	0		0		0	
activités ayant une compensation DAC	15 688 625	15 081 100	-3,87%	15 914 808	5,53%	15 914 808	0,00%
montant après application Tx de conversion	15 688 625	14 642 240		15 585 371		15 585 371	
DAC accordée (montant total CA)	14 284 282	12 027 269		10 256 540		7 767 035	
DAC 100 %	0	0		0		0	
DAC évolutive	14 284 282	12 027 269		10 256 540		7 767 035	
ressources T2A selon qualité de l'année (hors activité 100 %)	0	3 660 560		5 454 880		7 792 686	
total DAC évolutive + ressources T2A	14 284 282	15 687 829		15 711 420		15 559 721	
écart si ressources 100 % activité	1 404 343	-1 045 589		-126 049		25 651	
DAC évolutive	100,00%	76,67%		65,28%		49,92%	
ressources T2A	0,00%	23,33%		34,72%		50,08%	

ANNEXE V

Extraits case mix 2006 Centre hospitalier du Belvédère

GHM	S	OUR	SEJ			J. ex. bas	J. ext. haut	Tarif ext. Haut	Valorisation séjours ext. haut	J. s. néo
				2005	2006					
<u>Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum</u>										
14C02A	-	Césariennes sans complication significative	303	316	3 082,51	974 073,16		53	333,73	17 687,69
14C02B		Césariennes avec autres complications	52	53	4 347,99	230 443,47		5	308,83	1 544,15
14C02C		Césariennes avec complications majeures	51	65	5 063,33	329 116,45		10	328,65	3 286,50
14C03Z		Accouchements par voie basse avec autres interventions	3	0	6 604,35	0,00				
14C04Z		Affections du post-partum ou du post abortum avec intervention chirurgicale	2	3	2 325,79	6 977,37		9	423,01	3 807,09
14C05Z		Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	32	31	1 496,99	46 406,69				
14M02Z		Affections médicales du post partum ou du post abortum	22	24	1 587,10	38 090,40		8	276,34	2 210,72
14Z02A		Accouchements par voie basse sans complications signatives	2286	2399	2 236,29	5 364 859,71		58	367,91	21 338,78
14Z02B		Accouchements par voie basse avec autres complications	286	353	2 702,27	953 901,31		66	378,55	24 984,30
14Z02C		Accouchements par voie basse avec complications majeures	132	54	3 458,74	186 771,96		79	357,55	28 246,45
14Z03A		Affections du l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complication	104	86	1 460,99	125 645,14		2	273,93	547,86
14Z03B		Affections de l'ante partum , avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	186	230	2 137,97	491 733,10		71	246,34	17 490,14
14Z04Z		Avortements, sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	4	3	1 501,38	4 504,14				
14Z05Z		Grossesse ectopiques	19	15	2 197,64	32 964,60				

15Z03Z	Transferts précoces de nouveaux nés vers un autre établissement	6	6	608,25	3 649,50	6
15Z04E	Nouveaux nés de 1500g et plus, décédés	0	1	5 141,39	5 141,39	
15Z05A	Nouveaux nés de 2500g et plus, sans problème significatif	2500	2487	1 044,42	2 597 472,54	0
15Z05B	Nouveaux nés de 2500g et plus, avec autre problème significatif	405	509	1 545,20	786 506,80	241
15Z05C	Nouveaux nés de 2500g et plus avec problème sévère	90	90	2 055,56	185 000,40	367
15Z05D	Nouveaux nés de 2500g et plus avec problème majeur	14	13	3 128,81	40 674,53	174
15Z06A	Nouveaux nés de 2000g à 2499 g, sans problème significatif	62	55	1 691,90	93 054,50	202
15Z06B	Nouveaux nés de 2000g à 2499g, avec autre problème significatif	25	31	2 469,12	76 542,72	282
15Z06C	Nouveaux nés de 2000g à 2499g, avec problème sévère	19	31	2 992,29	92 760,99	367
15Z06D	Nouveaux nés de 2000g à 2499g, avec problème majeur	5	2	5 156,72	10 313,44	24
15Z07A	Nouveaux nés de 1500g à 1999g, sans problème significatif	9	12	3 821,93	45 863,16	175
15Z07B	Nouveaux nés de 1500g à 1999g, avec autre problème significatif	2	2	4 503,02	9 006,04	

ANNEXE VI

Compte de résultat simplifié année 2006 Centre hospitalier du
Belvédère.

ENTRE HOSPITALIER DU BELVEDERE

EXERCICE 2006

COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL

	CHARGES				PRODUITS				
	dernier EPRD exécutoire	réalisation 2006	écart en €	écart en %	dernier EPRD exécutoire	réalisation 2006	écart en €	écart en %	
Titre 1 : Charges de personnel	14 730 447,75	14 962 320,21	231 872,46	1,6%	16 461 151,00	16 650 255,20	189 104,20	1,1%	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	1 005 050,20	1 070 967,63	65 917,43	6,6%	330 135,00	420 153,08	90 018,08	27,3%	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	1 958 572,72	1 966 775,91	8 203,19	0,4%	1 524 469,02	1 745 849,19	221 380,17	14,5%	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	869 293,35	869 293,18	-0,17	0,0%			0,00		
TOTAL DES CHARGES	18 563 364,02	18 869 356,93	305 992,91	1,6%	18 315 755,02	18 816 257,47	500 502,45	2,7%	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT (EXCEDENT)	0,00	0,00	0,00	0,0%	247 609,00	53 099,46	-194 509,54	-78,6%	RESULTAT (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT	18 563 364,02	18 869 356,93	305 992,91	1,6%	18 563 364,02	18 869 356,93	305 992,91	1,6%	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT

ANNEXE VII

Liste des personnes rencontrées pour la réalisation de ce
mémoire.

Liste des personnes rencontrées pour la réalisation du mémoire :

Acteurs internes à l'établissement :

- **M Meunier** Chef d'établissement
- **Mme Pauthier** : présidente de la CME
- **M Fournet** : responsable du pôle médical
- **Mme Bréant** : attachée aux finances
- **Mme Josset** : médecin DIM

Acteurs externes à l'établissement :

- **M Baus** : chargé de mission ARH Haute Normandie
- **M Dekeyser** : trésorier chargé de l'établissement à la trésorerie de Deville Les Rouen
- **Mme Gaudart** : Inspecteur principal DDASS Seine Maritime suivi des établissements de santé.

Divers :

- Accompagnement de **M Senechal**, directeur d'hôpital sur le chantier MEAH « mise en place d'outils de comptabilité analytique »