



FACULTÉ
DE MÉDECINE



Master 2^{ème} année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

PROJET MANAGERIAL
U.E 3 ECUE 2

« La diminution capacitaire comme moteur du
changement organisationnel »

Mathieu CHEVALET
Année 2018/2019

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Il m'était impossible de commencer la rédaction de ce projet managérial sans remercier l'intégralité de l'équipe de l'Ecole Supérieure Montsouris pour cette année de formation riche en enseignements, en ouverture d'esprit et d'un intérêt et d'un attrait majeurs.

Un grand merci plus particulier à Isabelle ROBINEAU-FAUCHON et Dominique LETOURNEAU pour la qualité à la fois des enseignements dispensés mais également des intervenants sollicités ainsi que pour tous les précieux conseils prodigués.

Un vrai clin d'œil à l'ensemble de la promotion du MOS 2018/2019 pour les semaines passées ensemble. Merci à tous pour les instants de partage, pour les sourires et les échanges mais surtout pour cette atmosphère toujours positive et bienveillante.

Enfin je remercie ma tendre épouse Amélie et mon petit bonhomme Gustave pour leur patience et leur tolérance, pour leur soutien au quotidien et m'excuse pour les séances manquées de Judo et d'avoir été la cause de larmes le dimanche soir au départ du train.

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles
que nous n'osons pas les faire,
mais parce que nous n'osons pas les faire
qu'elles sont difficiles. »

SÉNÈQUE

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	2
Introduction.....	3
1. Emergence de la problématique.....	4
1.1. Une demande de la Direction Générale.....	4
1.1.1. Contexte Externe.....	4
1.1.2. Contexte Interne.....	5
1.1.3. La demande de la Direction Générale.....	7
1.2. Le CHU de POITIERS dans son territoire.....	8
1.2.1. Historique.....	8
1.2.2. Situations démographiques et géographiques du bassin de population.....	11
1.2.3. L'offre de soins en Nouvelle-Aquitaine.....	14
1.2.4. L'activité dans le Groupement Hospitalier de Territoire de la Vienne.....	16
1.2.5. L'activité du CHU de POITIERS.....	17
1.2.6. L'activité du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de POITIERS.....	19
1.2.7. Comparaison avec l'activité d'un établissement de taille et typologie similaires au sein de la région Nouvelle-Aquitaine : le CHU de LIMOGES.....	20
2. La conduite du projet.....	22
2.1. L'organisation initiale.....	22
2.1.1. La capacité de la maternité.....	22
2.1.2. Les ressources humaines.....	23
2.2. Les scénarii ré-organisationnels : propositions faites à la Direction Générale.....	24
2.2.1. Scénario 1 : réduction capacitaire de 5 lits.....	26
2.2.2. Scénario 2 : réduction capacitaire de 10 lits.....	27
2.3. Le pilotage du projet : la mise en œuvre opérationnelle.....	29
2.3.1. La dimension Fonctionnelle du changement organisationnel.....	30
2.3.1.1. L'organisation géographique.....	30
2.3.1.2. L'organisation RH du corps des ASH.....	31
2.3.1.3. L'organisation RH du corps des AS/AP.....	31
2.3.1.4. L'organisation RH du corps des Sages-Femmes.....	34
2.3.1.5. Rédaction d'une procédure dégradée de gestion des lits.....	38
2.3.2. La dimension Culturelle du changement organisationnel.....	39
2.3.2.1. Coopération inter-professionnelle obstétrico-pédiatrique.....	39
2.3.2.2. Coopération hospitalo-libérale.....	40
2.3.3. La dimension Politique du changement organisationnel.....	41
2.3.3.1. Les actions de communication amont.....	42
2.3.3.2. Les réponses apportées à un mouvement social.....	43
3. Evaluation à distance : suivi des indicateurs de performance.....	47
3.1. Le taux d'occupation de la maternité.....	47
3.2. La Durée moyenne de séjour.....	48
3.3. L'évolution du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire.....	49
3.4. La satisfaction des usagers.....	50
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	53
Table des annexes	

LISTE DES ABREVIATIONS

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP	Auxiliaire de Puériculture
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
ASH	Agent de Service Hospitalier
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnel
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUP	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EFS	Etablissement Français du Sang
ETP	Equivalent Temps Plein
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
iFRAP	Fondation pour la Recherche sur les Administrations et les Politiques publiques
IGN	Institut National de l'Information Géographique et forestière
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
KM	Kilomètre
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PIB	Produit Intérieur Brut
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
QVT	Qualité de Vie au Travail
RH	Ressources Humaines
SA	Semaines d'Aménorrhée
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SF	Sage-Femme
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité

INTRODUCTION

La prise en charge de la naissance en France a subi de profondes mutations depuis bientôt cinquante ans. Trois plans successifs de périnatalité ont modifié et codifié les pratiques¹ :

- Le plan périnatal 1970-1976 et le décret 72-162 du 21/02/1972 dit décret DIENESCH relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement.
- Le plan de périnatalité 1995-2000 et les décrets 98-899 et 98-900 du 09/10/1998 qui classifient les différents types de maternité eu égard à leur offre de soins.
- Le plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » qui élargit les missions des réseaux de périnatalité et fixe comme objectif un taux de mortalité périnatale de 5,5‰ et un taux de mortalité maternelle de 5/100 000 naissances.

Parallèlement et consécutivement à ces plans de périnatalité, le nombre de maternités en France a considérablement diminué puisque l'on estime un taux de fermeture des maternités à 20% entre 2001 et 2010². L'objectif est de rendre les accouchements plus sûrs en fermant les maternités à faible activité.

Ainsi les maternités sont moins nombreuses, plus sécurisées mais avec une activité accrue. La description de cette activité et son analyse par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de quantifier la performance économique des établissements de santé et met en exergue la notion de productivité hospitalière³. Les indicateurs suivis par les organismes de tutelle contraignent parfois les établissements, les pôles ou les services à se restructurer pour améliorer cette productivité.

Le projet que nous avons mené et qui fait l'objet de ce travail est né de ces notions et concerne la restructuration de notre service de maternité.

Notre première partie sera consacrée à expliciter précisément la demande qui nous a été formulée par notre direction générale mais également à l'inclure dans son contexte national et local. Nous nous attacherons également à situer notre service et notre établissement au sein de son environnement.

Dans un second temps, notre travail sera consacré au détail du projet que nous avons mené dans les trois dimensions constituant la conduite d'un changement organisationnel.

Enfin, nous nous attacherons à l'analyse de notre action grâce au suivi d'indicateurs de performance qui cibleront tant la réponse à la demande que la satisfaction des usagers et l'impact sur le personnel du service de maternité.

¹Académie de médecine, Rapport : *De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités*, Paris, 18/09/2018

² BAILLOT Audrey, EVAIN Franck, *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*, DREES, N°814, octobre 2012

³ STUDER Nicolas, *Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?* Economie et statistique, N°455-456, p 175-202, 2012

1. Emergence de la problématique

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de POITIERS est classifié comme maternité de Niveau 3 dans la région Nouvelle-Aquitaine ; au même titre que les maternités des CHU de LIMOGES et BORDEAUX. Notre maternité se doit ainsi d'assurer un service de recours pour toutes les patientes présentant une grossesse nécessitant des soins complexes pour la mère et/ou le fœtus et cela à compter de la limite de viabilité fixée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) à 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou un poids supérieur à 500g.

Cette exigence de prise en charge doit cependant se faire dans un contexte national économiquement contraint avec une obligation d'efficacité tant médicale que budgétaire.

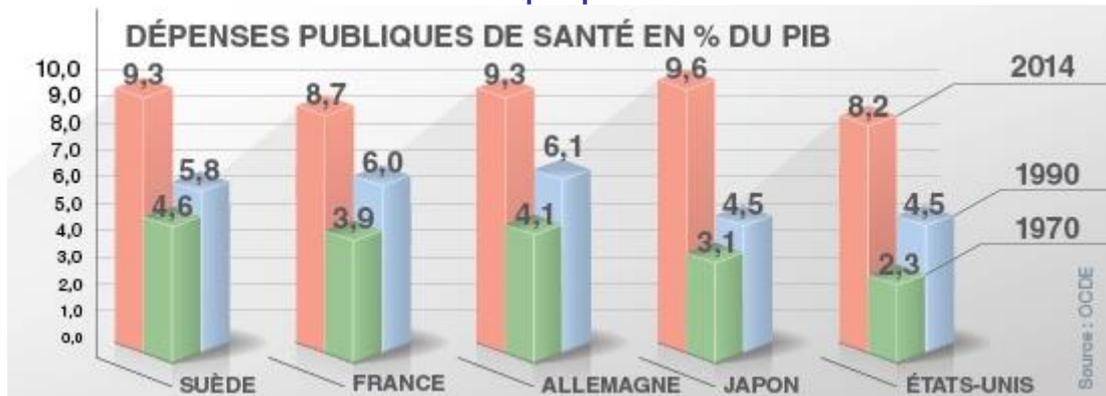
1.1. Une demande de la Direction Générale

Notre projet de réorganisation tel qu'il sera détaillé par la suite résulte d'une demande émanant de la Direction Générale du CHU de faire concorder le dimensionnement réel de la maternité au taux d'occupation observé du service. Cette demande s'inscrit dans un contexte national de maîtrise des coûts de santé, contexte qui conduit les établissements de santé à faire preuve d'une efficacité de fonctionnement et de rationalisation des moyens techniques, logistiques et humains.

1.1.1 Contexte externe

En France les dépenses de santé sont passées de 2,6 à 8,9 points de produit intérieur brut (PIB) entre 1950 et 2015⁴. (Graphique 1)

Graphique 1



Bien que plus modérée depuis les années 1980 la hausse de ces dépenses de santé ne fait que croître comme le montre le graphique 2.

Graphique 2

Évolution de la part (%) de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB (1950-2015)



Source : DREES, Comptes de la santé, base 2005 et base 2010

⁴ CUSSET Pierre-Yves, *Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France*, France stratégie, juin 2017

Les évolutions démographiques et en particulier le phénomène de vieillissement de la population française explique en partie cette augmentation. Ainsi sur la période 2000 à 2008, le vieillissement de la population explique 20,4% de la croissance du volume des dépenses⁵.

En second lieu des facteurs technologiques peuvent expliquer la hausse des dépenses de santé. En effet, alors que dans d'autres secteurs de l'économie, le progrès technologique permet de réduire les coûts, il a l'effet inverse dans le champ de la santé où les innovations technologiques entraînent quasi systématiquement une hausse du coût des soins⁶.

Nous retrouvons ce facteur dans le champ de l'obstétrique où les progrès en matière de diagnostics liés à l'imagerie de plus en plus performante, au actes invasifs thérapeutiques in utéro par exemple induisent une augmentation des actes réalisés et cela à des termes de plus en plus précoces.

Par la suite, des facteurs institutionnels sont à prendre en compte dans la hausse des dépenses de santé. En effet le mode de fonctionnement du système de soins (généralisation de la couverture maladie, part de la sécurité sociale évoluant de 50 à 80%), ainsi que son fort développement ont contribué ces cinquante dernières années à accroître les dépenses.

Ce facteur est en cours de maîtrise grâce aux récentes politiques de santé qui, par le biais de réformes du système de soins (création de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tarification à l'activité (T2A), etc.) tentent de le réguler.

Pour terminer, outre ces éléments explicatifs de l'augmentation des coûts de consommation de soins et de biens médicaux, et comme le précisent certains auteurs tel E. PORTELLA⁷, des facteurs économiques issus de la crise économique de 2008 et responsables d'un accroissement du déficit public ont induit une volonté importante de maîtrise des dépenses de santé et d'accroissement de l'efficacité et de la pertinence des soins.

Ainsi nous venons d'énoncer divers éléments généraux extra-établissement qui permettent de situer le contexte national dans lequel se situe notre projet managérial.

1.1.2 Contexte interne

Outre les éléments nationaux détaillés sur le point précédent, il est important de situer le contexte interne du service à l'origine de la demande de la Direction Générale.

Entre septembre 2015 et juillet 2016, une rénovation complète du service de maternité a conduit à l'ouverture de deux ailes d'hospitalisation de 20 lits chacune. Cette nouvelle maternité bénéficiant d'une qualité très augmentée en termes d'infrastructure (isolation phonique et thermique, éclairage à intensité variable) mais également en termes de prestations hôtelières (buffet au petit déjeuner, salle de convivialité, confort accru pour les conjoints) est très appréciée des parturientes et accouchées puisque le taux de satisfaction avoisine les 95%.

L'objectif de la création de cette nouvelle maternité outre la rénovation nécessaire des locaux était d'accroître son attractivité en proposant une qualité accrue en

⁵ DORMONT Brigitte, MARTINS Joaquim, PELGRIN Florian, SUHRCKE Marc, *Health expenditures, longevity and growth*, in Ageing, health and productivity, Oxford University Press, novembre 2010

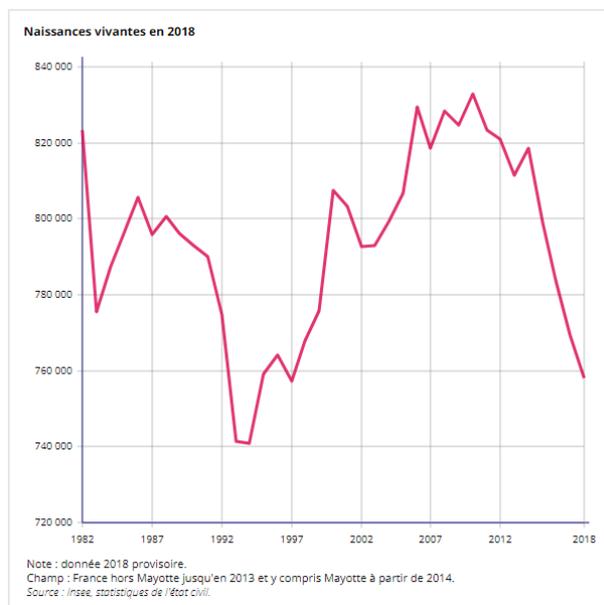
⁶ Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovation et système de santé*, 2016

⁷ PORTELLA Eduard, BARRUBES Joan, *Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ?* Santé publique, volume 27, p 5-6, janvier 2015

termes de confort, ceci en symbiose avec une qualité de prise en charge médicale déjà reconnue.

Cependant, concomitamment à la réalisation de cette maternité et comme le précise le graphique 3, nous avons été et sommes confrontés à une baisse conjoncturelle du nombre de naissances au niveau national (moins 14 087 naissances entre 2016 et 2017 ; moins 11 553 naissances entre 2017 et 2018 ⁸).

Graphique 3
Evolution du nombre de naissances vivantes en France
De 1982 à 2018

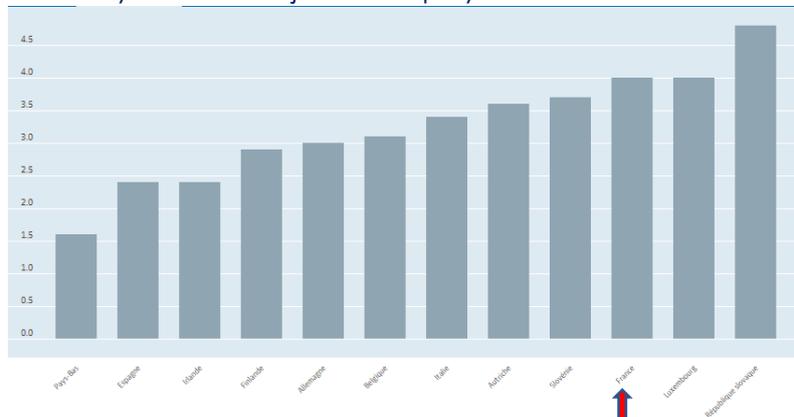


Ainsi la hausse d'attractivité conjuguée à la baisse de la natalité a permis un maintien du nombre de naissance sur le CHU de POITIERS et non pas une augmentation.

Les occupations observées sur les périodes du 1^{er} janvier au 31 octobre des années 2017 et 2018 ont ainsi été respectivement et en moyenne de 30,3 et 30,4 lits sur les 40 disponibles soit un taux d'occupation à 75%.

Parallèlement concernant notre maternité la durée moyenne de séjour sur ces mêmes périodes a été constante à 4,05 jours ; la moyenne des pays de la zone Euro étant à 3,24 jours et la France se situant dans le tiers ayant la durée moyenne de séjour (DMS) la plus haute. (Graphique 4)

Graphique 4
Durée moyenne de séjours des pays de la zone euro en 2016



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. OCDE

⁸ Source : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

L'objectif du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017 sur la durée de séjour en maternité recommande une durée de 4 jours sans cependant amener de distinction entre les primipares et les multipares.

Il est important de préciser que dans le mode de financement actuel, les établissements de santé perçoivent une rémunération basée sur leur volume d'activité, ce qui les incite à réduire les durées de séjour au profit de l'accueil d'un plus grand nombre de patientes.

Par ailleurs, dans le cadre d'un accouchement par voie basse sans complications, la somme forfaitaire reversée à un établissement est destinée à une hospitalisation de 2 à 9 jours. Ainsi puisque le gain est le même pour tous les séjours compris entre ces bornes, la maternité a donc intérêt à favoriser une durée de séjour proche de la borne basse. Il faut également prendre en considération le fait que la maternité du CHU de POITIERS étant de niveau 3 ; l'hospitalisation des mères présentant des pathologies contribue à augmenter la durée d'occupation des lits. La réduction de la durée de séjour des couples mère-enfant sans pathologie est donc un moyen de pallier la saturation du service et d'assurer l'accueil de nouvelles patientes⁹.

Nous pouvons ainsi conclure que les éléments mis en relief amènent un taux d'occupation réel en deçà des objectifs attendus ainsi qu'une durée moyenne de séjour qui pourrait être diminuée au regard des attendus et des expériences dans d'autres établissements.

1.1.3 La demande de la Direction Générale

Nous venons de détailler le cadre externe et interne dans lesquels se situe notre projet managérial. Ce projet émane d'une décision de la Direction Générale annoncée à l'équipe de coordination le 16 octobre 2018.

Cette décision fait suite à une période de réflexion pendant laquelle différents scénarii ré-organisationnels, que nous détaillerons ultérieurement, ont été proposés.

La demande définitive de la Direction Générale est la fermeture de dix lits d'hospitalisation sur les quarante que compte la maternité afin de faire coïncider le taux d'occupation observé à la capacité réelle de la structure.

Cette baisse de capacité logistique doit s'accompagner d'une diminution en termes de ressources humaines en rapport, à savoir :

- Suppression d'une ligne de sage-femme (SF) exerçant la journée soit une suppression demandée de 1,85 équivalent temps plein (ETP). Cette baisse d'effectif garantit un ratio identique de 10 chambres par sage-femme postée. Création d'un temps sage-femme de 0,3 ETP alloué à la coordination des sorties précoces (soit inférieures à 72h de vie de l'enfant). Ce temps sage vient en déduction de la suppression susmentionnée ; ainsi le temps sage-femme supprimé en définitif est de 1,55 ETP.
- Suppression de sept lignes d'auxiliaire de puériculture (AP)/aide-soignant (AS) exerçant la journée soit une suppression demandée de 7,2 ETP. Là encore la baisse d'effectif conserve un ratio identique avec 5 à 6 chambres par auxiliaire.

⁹COULM B., BLONDEL B, *Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France*. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. N° 42 p 76-85, 2013

La mise en œuvre de ces modalités tant logistiques que concernant les personnels est souhaitée au 19 novembre 2018.

L'annonce de cette décision a été également faite aux équipes soignantes de la maternité par la Direction le 18 octobre 2018. L'annonce aux équipes pédiatres et obstétriciens a été menée par le chef de service de gynécologie-obstétrique.

Maintenant que nous avons mis en exergue la problématique à l'origine de notre projet managérial et que nous avons décliné les attendus de la demande de la Direction Générale ; nous allons dans un second temps nous centrer sur la structure qu'est le CHU de POITIERS tant dans son implantation que concernant son offre de soins.

1.2 : Le Centre Hospitalier Universitaire de POITIERS dans son territoire

Nous allons développer dans cette partie, après un rapide historique sur l'établissement, les éléments qui définissent le CHU de POITIERS dans son environnement tant démographique que géographique. Puis nous réaliserons comme le préconise M Xavier MARCHAND¹⁰ un zoom sur l'offre de soins et l'activité sur le niveau macro, à savoir sur le plan régional, puis viendra le niveau méso représenté par le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) pour conclure par le niveau micro représenté par le CHU de POITIERS puis par le service de gynécologie-obstétrique du CHU. Nous concluons cette partie par une comparaison de deux établissements de mêmes catégories et aux profils similaires en Nouvelle-Aquitaine que sont les CHU de POITIERS et LIMOGES.

1.2.1 Historique

L'histoire du centre hospitalier débute avant 1200 avec la fondation de l'aumônerie Notre-Dame-la-Grande située en face de l'église du même nom au centre-ville de POITIERS.

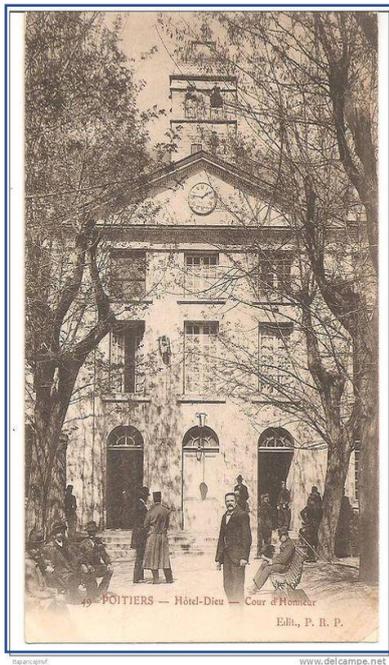
Au début du XVI^e siècle, la municipalité prend la décision de transformer l'aumônerie afin d'en faire l'Hôtel-Dieu, également appelé hôpital des malades de la ville de Poitiers. Ce n'est qu'un siècle plus tard que se crée l'Hôpital général, destiné aux indigents et vieillards de la ville.

L'Hôtel-Dieu

Lors de sa création, l'Hôtel-Dieu-Notre-Dame ne comprenait qu'une vingtaine de lits. Trop petit et situé en face du marché de la ville, la nécessité de le déplacer se fit rapidement ressentir. Cette constatation fut également remarquée par Louis XIV qui avança des fonds afin de permettre le déménagement de cet hôpital. Malheureusement, pour des raisons diverses, ce déménagement n'eut jamais lieu et l'Hôtel-Dieu dut s'agrandir sur place. Cette extension permit cependant à l'établissement d'atteindre une centaine de lits à la fin du XVIII^e siècle¹¹.

¹⁰ MARCHAND Xavier, Cours référencé UE 2 Management des soins, ECUE 3 Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences soignantes, Ecole Supérieure Montsouris, 2018-2019

¹¹ SIMMAT Gérard, *L'hôtel-Dieu de Poitiers*, Editions Les idées qui font grandir, octobre 2015



Source : La Nouvelle République publiée le 03 avril 2015

Durant les guerres de Vendée, de nombreuses confiscations d'édifices religieux conduisirent l'Hôtel-Dieu à se délocaliser dans les bâtiments de l'ancien grand séminaire (Hôtel Pinet). L'établissement devint alors un hôpital civil et militaire ayant une capacité de 300 lits. Cette capacité stagnera à ce niveau jusqu'au milieu du XIXe siècle.

Par la suite, de nouveaux services ouvrent leurs portes et nous assistons à la naissance de la maternité, de l'école de médecine, du pavillon des contagieux, de l'aile militaire et du sanatorium.

Au cours des années soixante, l'Hôtel-Dieu devient un Centre régional universitaire et marque ainsi une nouvelle étape dans l'histoire de l'hôpital. Néanmoins, cette avancée n'est pas sans conséquence et l'Hôtel-Dieu se trouve rapidement dans l'incapacité d'accueillir cette nouvelle activité. La décision de se délocaliser sur le site de la Milétrie est alors prise. Le site de l'ancien Hôtel Pinet est vendu à l'université de Poitiers en 1986¹².

Le site de la Milétrie



Source : Site internet <http://www.chu-poitiers.fr>

¹² La Nouvelle république, Publié le 03/04/2015, site <https://www.lanouvellerepublique.fr/vienne/qui-se-souvient-de-l-hotel-dieu-a-poitiers>

La première construction sur le site de La Milétrie fut le pavillon René-Le-Blaye en 1954. Puis Le pavillon Camille Guérin en 1965. S'ensuivirent les bâtiments René-Beauchant, Georges-Heuyer (rebaptisé Camille-Claudé en 2006) et Joseph-Garnier en 1970. Le bâtiment Jean-Bernard, tour centrale du site fut édifié en 1980.

Durant les vingt dernières années, de nouvelles extensions sont également réalisées : le bâtiment de l'Établissement français du sang (EFS), ainsi que le satellite accueillant les services de réanimation chirurgicale et de réanimation médicale.

En janvier 2006, un nouveau bâtiment regroupant les services d'urgences adultes et pédiatriques, le service d'aide médicale urgente et service mobile d'urgence et de réanimation (SAMU-SMUR), le centre 15, ainsi qu'un plateau de biologie médicale accueillant la totalité des laboratoires sort de terre.

Le 20 juin 2016 fut inauguré le bâtiment AGORA destiné à l'accueil de l'intégralité des directions et personnels administratifs du CHU. Dernièrement, le 22 novembre 2018, a été inauguré la maison de la santé publique ; baptisée *Vie la Santé*. L'idée de cette maison innovante unique en France est d'offrir aux patients et aux aidants un espace où ils vont apprendre à mieux vivre leurs maladies chroniques au quotidien. Il s'inspire des « *maggie's center* » au Royaume-Uni et permet ainsi de bénéficier d'un lieu dédié à l'éducation thérapeutique du patient dans tous les aspects de sa vie quotidienne.

AGORA : pavillon administratif



Source : Cyberarchi publié le 01 février 2017

La vie La santé



Source : La Nouvelle République publiée le 29 juin 2018

Ainsi le CHU de POITIERS se positionne clairement comme un établissement dynamique conscient de ses atouts et avec une grande capacité d'investissement tant technologique que sur le développement de nouvelles pratiques.

1.2.2. Situations démographiques et géographiques du bassin de population

Le CHU de POITIERS se situe dans le département de la Vienne (86) à l'extrémité nord de la région Nouvelle-Aquitaine qui comporte 12 départements.



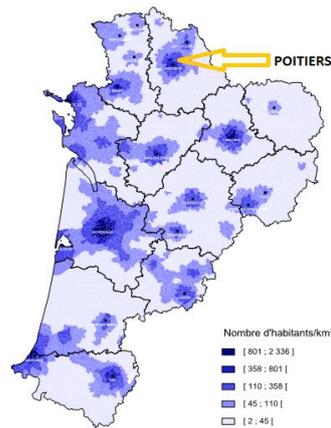
Avec ses 5,935603 millions d'habitants¹³ au 1^{er} janvier 2016, soit 9 % de la population de France métropolitaine, pour une superficie de 84 000 kilomètres carrés (km²), la Nouvelle-Aquitaine est la quatrième région la plus peuplée de France. La **densité est très contrastée selon les départements**, de 21 habitants/km² pour le moins peuplé en Creuse, à 68 habitants/km² en Haute-Vienne ce qui constitue la moyenne régionale et jusqu'à 155 habitants/km² en Gironde qui bénéficie de l'attractivité de la métropole bordelaise et concentre plus du quart de la population de la région.¹⁴

Relativement attractive, la région voit sa population augmenter de 0,6 % en moyenne chaque année, mais cette croissance est essentiellement portée par l'afflux migratoire. Seuls les trois départements les plus jeunes, la Gironde, les Deux-Sèvres et la Vienne, affichent à la fois des arrivées plus nombreuses que les départs, et des naissances plus nombreuses que les décès. C'est autour des grandes agglomérations ou près du littoral que la population augmente le plus. Les quatre départements littoraux (Charente-Maritime, Gironde, Landes, Pyrénées Atlantiques) connaissent une croissance supérieure à la moyenne régionale, tandis que la Corrèze et la Creuse perdent des habitants.¹⁵

¹³ Source : INSEE

¹⁴ Source : Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine

¹⁵ Source : *Ibid.*



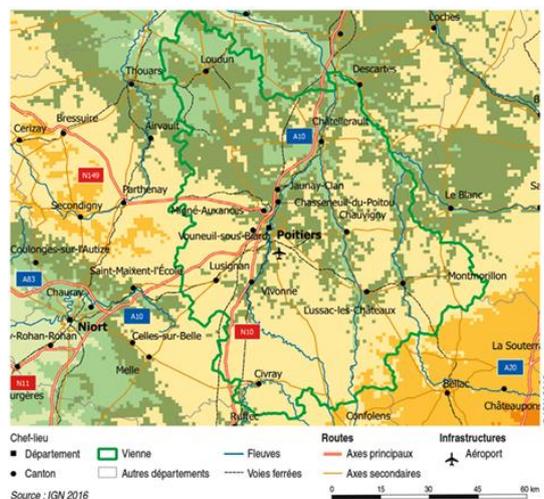
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique
Source : Insee, Recensement de la population 2014
Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

La population de la Nouvelle-Aquitaine est âgée. Début 2015, plus de 11% de la population a 75 ans ou plus, contre 9,3 % en métropole.¹⁶

La Creuse est le département le plus âgé, avec plus d'une personne sur sept âgée d'au moins 75 ans. A l'inverse, la Gironde est le département le plus jeune, devant la Vienne et les Deux-Sèvres.

À l'horizon 2027, si les tendances actuellement constatées se prolongent, la Nouvelle-Aquitaine comptera 6 305 000 habitants. Elle gagnerait 320 000 habitants en 10 ans¹⁷, soit l'équivalent du département de Lot-et-Garonne. C'est davantage qu'en France (5,3 % versus 3,9 %). Près de 14 % de la population serait âgée de 75 ans ou plus. Sur cette même période, les départements littoraux et la Vienne connaîtraient une croissance nettement au-dessus du taux national, mais les départements intérieurs verraient leur population croître peu, voire stagner (Creuse et Corrèze).

Concernant le département de la Vienne, il s'étend sur le seuil du Poitou, qui fait communiquer le bassin parisien et le bassin aquitain, sur une superficie de 6 990 km². Il est drainé sur 116 km par la Vienne et par ses deux affluents : le Clain, qui s'écoule dans la partie centre-ouest du département et la Creuse, qui forme la frontière avec l'Indre-et-Loire.¹⁸

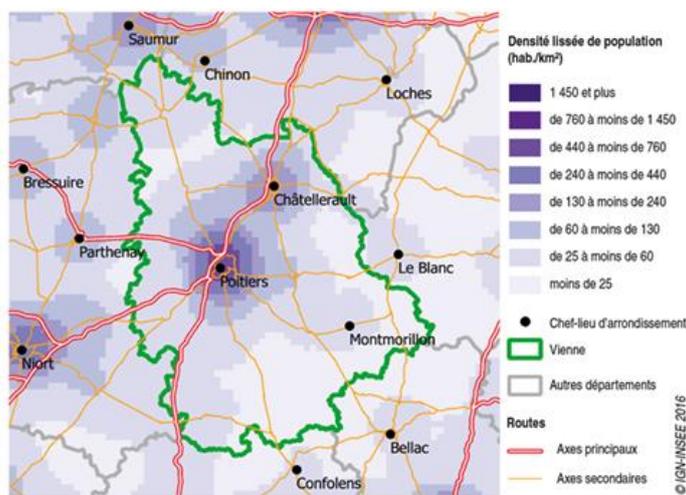


¹⁶ Source : ARS Nouvelle Aquitaine

¹⁷ Source : INSEE

¹⁸ Source : *Ibid.*

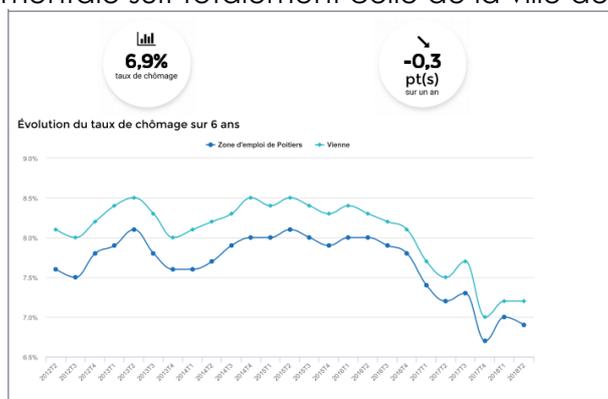
Au 1^{er} janvier 2016, la Vienne compte 436 069 habitants, soit 7,34 % de la population de Nouvelle-Aquitaine. Comme vu précédemment, le département est relativement jeune avec un âge moyen de 41,4 ans contre 42,9 ans en moyenne dans la région. Près d'un quart de la population a moins de 20 ans. La part des 20-24 ans est la plus importante de la région et, après la Gironde, la Vienne est le département où la part des 65 ans ou plus est la plus faible (19,7 %). Entre 2008 et 2015, la population augmente de 0,3 % par an, grâce au dynamisme de l'aire urbaine de Poitiers (49^e ville française en termes de population avec 196 115 habitants dans l'agglomération). Huit habitants sur dix vivent dans une aire urbaine. Le département présente un profil démographique contrasté avec d'un côté l'axe Poitiers-Châtelleraut qui concentre les trois quarts de la population et de l'autre des territoires ruraux peu densément peuplés. La densité moyenne de population est de 62 habitants/km², position intermédiaire entre celle de la Gironde (151 habitants/km²) et celle de la Creuse (22 habitants/km²).¹⁹



Comme le précisent ces cartes de l'institut national de l'information géographique et forestière (IGN), la ville de POITIERS se situe sur des axes majeurs tant routiers (Autoroute A10 ; Routes nationales 10 et 147) que ferroviaires (Ligne à Grande Vitesse Sud Europe Atlantique) ou aéroportuaires (Aéroport Poitiers-Biard).

Cette facilité en termes d'infrastructure rend Poitiers et son CHU très attractifs et faciles d'accès en particulier pour les femmes enceintes pour qui le regroupement des maternités induit des distances plus longues toujours anxiogènes.

L'attractivité de POITIERS se reflète également à travers un taux de chômage bas dont la cinétique départementale suit totalement celle de la ville de POITIERS.



Source : Pôle Emploi. Observatoire de l'emploi Nouvelle Aquitaine Janvier 2019

Le CHU de POITIERS dans cet environnement est un acteur économique majeur en lien avec son statut de premier employeur départemental. Le CHU a ainsi versé 302

¹⁹ Source : INSEE

millions d'euros de salaires en 2016 à ses personnels habitant le département dont l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) estime à 63% la part réinjectée dans l'économie locale par le biais de la consommation des ménages. Il a ainsi été calculé au final que le CHU de POITIERS produisait un impact économique global d'environ 1.5 milliards d'euros que ce soit en impact direct, indirect ou induit.²⁰

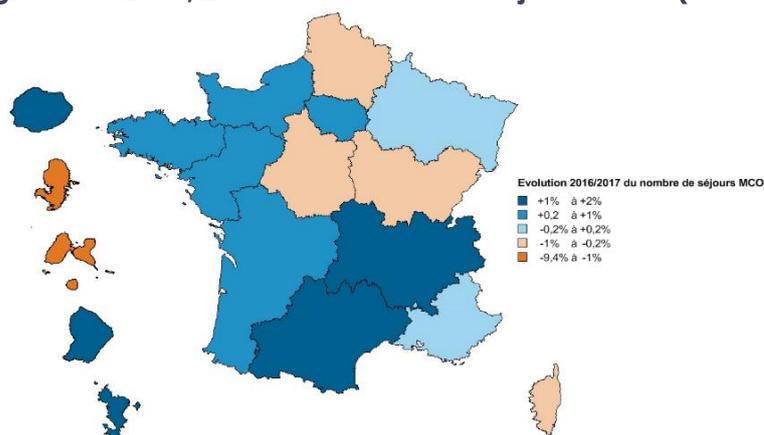
1.2.3. L'offre de soins en Nouvelle-Aquitaine

▪ **Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)**

La région Nouvelle-Aquitaine comporte 128 établissements de soins MCO (64 établissements publics, 50 établissements privés à but lucratif et 14 établissements privés d'intérêt collectif). En 2017, ces établissements ont produit une activité de 1 717 100 séjours en hospitalisation (9,4 % des séjours nationaux) correspondant à 1 114 500 patients hospitalisés. Le taux d'évolution est de +0,6 % comparé à 2016. Les séjours se répartissent à hauteur de 42% en médecine, 33% en chirurgie, 8% en obstétrique et 18% en interventionnel.

Le taux d'attractivité inter-régional est de 4,5% ; le taux de fuite inter-régional est quant à lui de 4,2%.²¹

Evolutions régionales 2016/2017 du nombre de séjours MCO (hors séances)



Source : ATIH

▪ **Hospitalisation à domicile (HAD)**

Concernant l'HAD, la région comporte 29 établissements (14 établissements publics, 2 établissements privés à but lucratif et 13 établissements privés d'intérêt collectif). En 2017, ces établissements ont produit une activité de 583 300 journées d'hospitalisation (11,3 % des journées nationales) correspondant à 11 000 patients hospitalisés. Le taux d'évolution est de +6,5 % comparé à 2016.

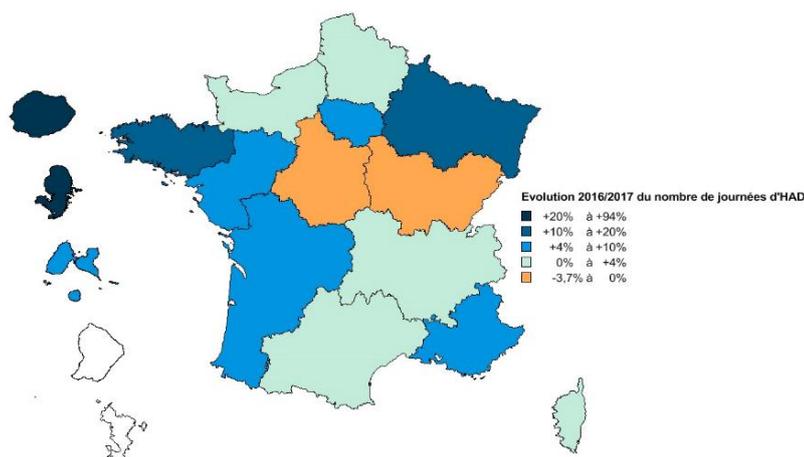
Les taux d'attractivité et de fuite inter-régional sont respectivement de 0,3 et 0,1%.²²

²⁰ Livre Blanc du CHU de POITIERS, mars 2018

²¹ Source : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

²² Source : *Ibid.*

Evolutions régionales 2016/2017 du nombre de journées d'HAD



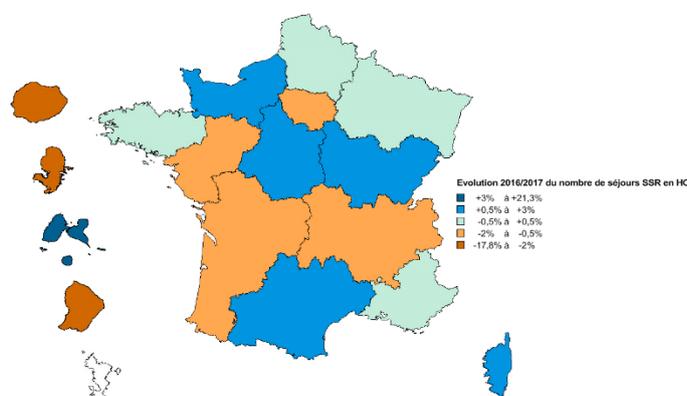
Source : ATIH

▪ Soins de suites et de réadaptation (SSR)

Sur le volet SSR, la Nouvelle-Aquitaine compte 168 établissements de soins (72 établissements publics, 53 établissements privés à but lucratif et 43 établissements privés d'intérêt collectif). En 2017, ces établissements ont produit une activité de 106 000 séjours en hospitalisation complète et 269 900 séjours en hospitalisation partielle (9,9 % des séjours nationaux) correspondant à 98 200 patients hospitalisés. Le taux d'évolution est de -0,7 % comparé à 2016.

Le taux d'attractivité inter-régional est de 6,2% ; le taux de fuite inter-régional est quant à lui de 7,1%.²³

Evolutions régionales 2016/2017 du nombre de séjours en hospitalisation complète



Source : ATIH

▪ Psychiatrie

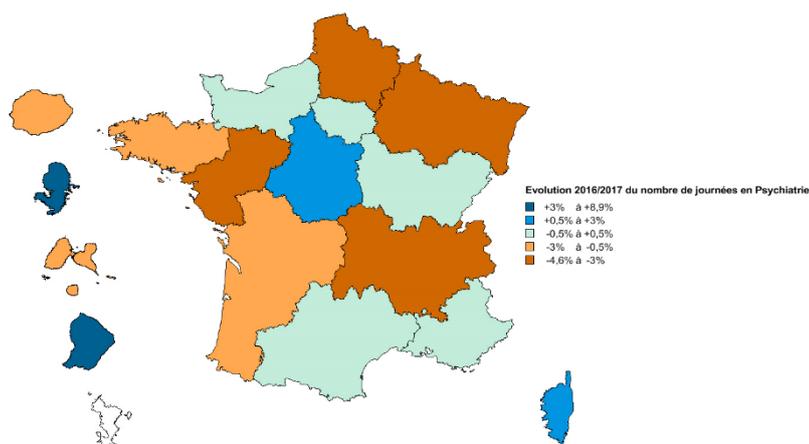
Enfin, concernant la psychiatrie, la région compte 52 structures (25 établissements publics, 15 établissements privés à but lucratif et 12 établissements privés d'intérêt collectif). En 2017, ces établissements ont produit une activité de 2 429 500 journées d'hospitalisation dont 80% en hospitalisation complète (9,8 % des journées nationales) correspondant à 41 300 patients hospitalisés. Le taux d'évolution est de -1,8 % comparé à 2016.

Les taux d'attractivité et de fuite inter-régional sont tous deux de 3,6%.²⁴

²³ Source : ATIH

²⁴ Source : *Ibid.*

Evolution régionale 2016/2017 du nombre de journées en Psychiatrie



Source : ATIH

La région Nouvelle-Aquitaine se positionne ainsi comme une région bien dotée en offre générale de soins comme le confirme le dernier bilan quantitatif de l'offre de soins relevant du schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine en date du 11 décembre 2018²⁵.

Les axes prioritaires définis par le plan régional d'accès aux soins sont de renforcer une présence médicale dans les zones en tension (contrats incitatifs, développer les consultations avancées...); accélérer en matière de révolution numérique (télémédecine...); favoriser une meilleure organisation des professions de santé (soutien au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles...); impliquer les acteurs de territoire dans la construction des projets; promouvoir la vaccination en pharmacie.²⁶

1.2.4. L'activité dans le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Vienne

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Vienne est l'un des 12 GHT que compte la région Nouvelle-Aquitaine. Il a été créé le 1^{er} juillet 2016 dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé.

Il associe le groupe hospitalier Nord-Vienne (Châtelleraut et Loudun), les quatre établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Les Capucines, Théodore Arnault, Les Châtaigniers et La Brunetterie), un établissement de soins de suite et de réadaptation (La Colline ensoleillée) et le CHU de Poitiers.

Le CHU de POITIERS est l'établissement support du GHT.

²⁵ Arrêté N°2018-188 du 11 décembre 2018 relatif aux bilans quantifiés de l'offre de soins pour les activités de soins relevant du schéma régional de santé de la région Nouvelle-Aquitaine

²⁶ ARS Nouvelle Aquitaine : Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle Aquitaine, mars 2018

Le Groupement Hospitalier de Territoire de la Vienne



Source : Service Communication du CHU de POITIERS

L'activité du GHT de la Vienne en 2017 est précisée dans le tableau suivant.

	Séjours ou journées	Taux du GHT rapporté aux séjours régionaux	Taux d'attractivité	Taux de fuite
Médecine/Chirurgie Obstétrique	138 100	8%	15.2%	3.1%
Hospitalisation à Domicile	30 830	5.3%	0.1%	3.3%
Soins de suite et de Réadaptation	22 818	6%	12.9%	6.8%
Psychiatrie Hospitalisations	170 900	7%	3.1%	19%
Psychiatrie ambulatoire	137 260	NC	6.6%	1%

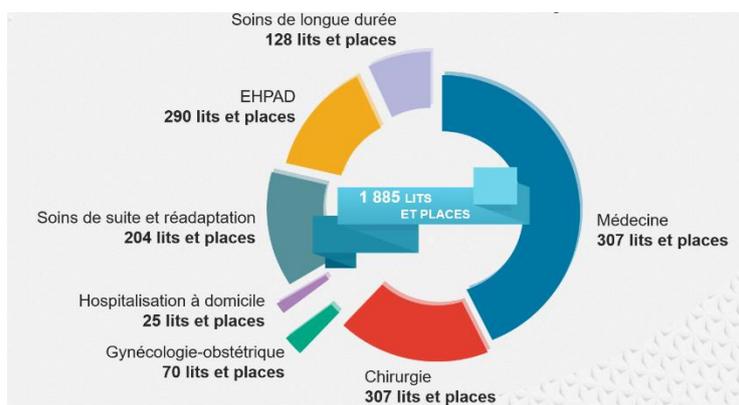
L'activité du GHT de la Vienne est donc totalement en corrélation avec la taille du bassin de population qu'il draine au sein de la région Nouvelle-Aquitaine.

1.2.5. L'activité du CHU de POITIERS

Le CHU de POITIERS est un établissement public de santé dont l'activité se répartit sur trois sites géographiques.

Le site principal est situé à Poitiers ; les sites secondaires se trouvant sur les communes de Montmorillon et Lusignan.

Le CHU est organisé en 11 pôles d'activité médicale et médico-technique pour un total de 1885 lits et places au 31 décembre 2017 (1411 lits sur le site de Poitiers, 245 lits à Montmorillon et 229 sur le site de Lusignan).²⁷



L'activité de court séjour représente en 2017 un total de 160 142 séjours et séances (30% en médecine, 12% en chirurgie, 7% en interventionnel et 48% en séances).

La chirurgie ambulatoire représente une volumétrie de 7645 séjours en 2017 (+ 50,2% entre 2012 et 2017). Le taux global de chirurgie ambulatoire est de 38,1%.

L'activité de greffes quant à elle montre un total de 84 greffes de reins et 91 greffes de moëlle (34 allogreffes et 57 autogreffes) en 2017.

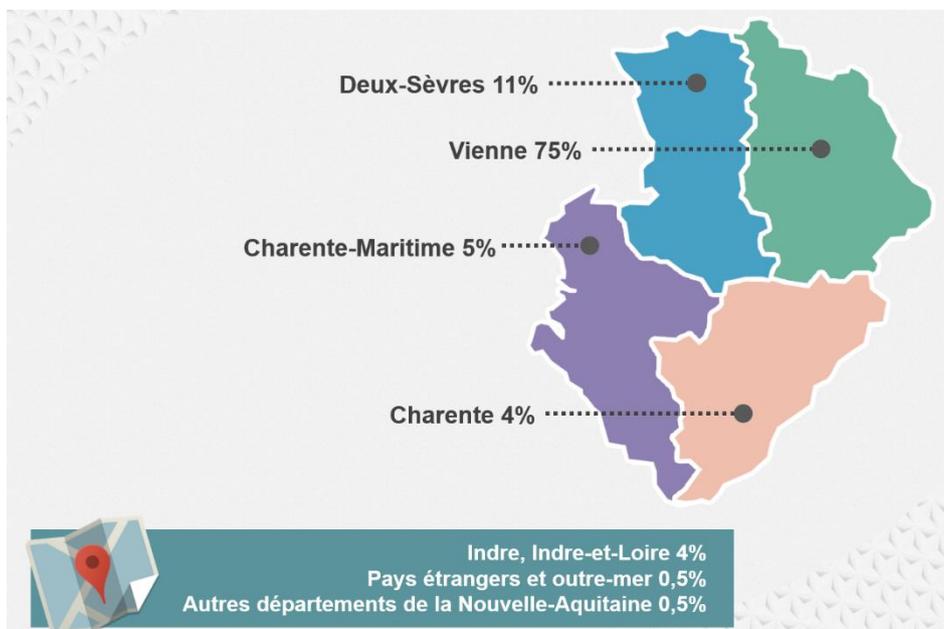
L'activité d'urgence répertoriée en 2017 se décline comme décrit dans le tableau suivant :

	Nombre de passages/appels/interventions
Urgences générales adultes	48 964 passages
Urgences cardiologiques	3 605 passages
Urgences ophtalmologiques	3 687 passages
Urgences gynécologiques et obstétricales	5 740 passages
Urgences Montmorillon	9 230 passages
Urgences pédiatriques	20 174 passages
Appels reçus par le SAMU	136 543 appels
Interventions SMUR	3643 interventions
Interventions hélicoptérées	782 interventions

Les activités de blocs opératoires et d'imagerie médicale amènent respectivement 22 720 interventions chirurgicales (dont 4700 en urgence) et 192 563 actes d'imagerie.

Les patients pris en charge au sein du CHU de POITIERS sont presque tous exclusivement issus de l'ex région Poitou-Charentes, les trois quarts provenant du seul département de la Vienne.

- ²⁷ Le pôle Cancérologie, Hématologie et pathologie tissulaire compte 157 lits.
- Le pôle Femme-Mère-Enfant compte 152 lits.
- Le pôle Urgence-SAMU-SMUR anesthésie réanimation compte 87 lits.
- Le pôle Neurosciences-locomoteur compte 235 lits.
- Le pôle Cœur-Poumons-Vasculaire compte 155 lits.
- Le pôle Digestif-urologie-néphrologie-endocrinologie compte 168 lits.
- Le pôle Gériatrie compte 477 lits.
- Le pôle Médipool compte 149 lits.
- Le pôle Montmorillon compte 245 lits.
- Le pôle Blocs opératoires-chirurgie ambulatoire compte 30 places.
- Le pôle Clinique chirurgicale compte 30 places.



Source : service communication du CHU de POITIERS

Concernant le versant Ressources Humaines, le CHU de POITIERS compte fin 2017 :

- 1193 professionnels médicaux (dont 564 internes)
- 5429 professionnels paramédicaux et administratifs (69% de soignants, 13% d'agents techniques, 10% d'agents administratifs et 8% d'agents médico-techniques)
- 1903 étudiants médicaux et paramédicaux.

Enfin le bilan financier 2017 amène un montant de dépenses d'exploitation de 558 903 443 € répartis :

- 232 512 971 € en charges de personnel non-médical
- 80 475 778 € en charges de personnel médical
- 150 838 574 € en charges à caractère médical
- 36 562 174 € en charges à caractère hôtelier et général
- 58 513 946 € en amortissements, provisions et charges financières et exceptionnelles

Les investissements en 2017 sont à hauteur de 57 041 461 € (environ 29 millions € sur le mobilier, 25 millions € sur l'immobilier et 1,9 millions concernant le remboursement de la dette).

Le CHU de POITIERS a été certifié B le 19 juillet 2017 par la Haute Autorité de Santé (certification V2014).²⁸

1.2.6. L'activité du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de POITIERS

Nos échanges avec la Direction du contrôle de gestion de l'établissement ont permis la réalisation du tableau ci-dessous reprenant les critères d'activité du service de gynécologie-obstétrique.

²⁸ Source : Scope Santé

	2017	2018	Evolution
Nombre de consultations externes	24 516	25 060	2,2%
Nombre de passages en externe	32 407	32 965	1,7%
<i>Consultations Gynécologie-Obstétrique</i>	12 648	12 567	-0,6%
<i>Urgences Gynécologiques</i>	2 621	2 627	0,2%
<i>Salles d'Accouchements</i>	3 119	3 378	8,3%
Nombre de séjours	7 745	7 582	-2,1%
Valorisation des séjours	13 357 388 €	13 327 815 €	-0,2%
Nombre d'accouchements	2 286	2 267	-0,8%
Nombre de naissances	2 369	2 363	-0,3%
Nombre d'interventions de Gynécologie	1 567	1 597	1,9%

La décroissance très modérée de l'activité obstétricale est à mettre en relation avec la baisse conjoncturelle de la natalité en 2018 au niveau national de 6% (-12 000 naissances pour un total de 758 000 enfants nés).²⁹ L'année 2018 ne compte que 6 naissances de moins que l'année 2017.

Par ailleurs, l'activité chirurgicale de gynécologie est stable avec un score de gravité croissant, ce qui témoigne d'un accroissement de la valorisation de ces interventions. Ainsi l'activité globale du service apparaît très positive au regard du contexte général national, la valorisation des séjours restant stable à -0,2% malgré la baisse de rémunération des actes.

1.2.7. Comparaison avec l'activité d'un établissement de taille et de typologie similaires de la région Nouvelle-Aquitaine : le CHU de LIMOGES (87)

Les données du CHU de Limoges ne sont pas disponibles sur l'année 2017. Ainsi les comparaisons ont été réalisées au regard des chiffres les plus récents dont nous disposons sur chaque établissement soit 2016 pour le CHU de LIMOGES et 2017 pour le CHU de POITIERS (CHUP).

Le CHU de LIMOGES comprend un total de 1976 lits et places au 31 décembre 2016 répartis sur 5 établissements. (+ 91 comparé au CHUP)

L'activité de court séjour représente un total de 124 784 séjours et séances en 2016. (- 35 358 comparé au CHUP).

L'activité de chirurgie ambulatoire représente en 2016 un total de 5599 séjours. (- 2046 comparé au CHUP) Le taux global de chirurgie ambulatoire en 2016 est de 29,63% (versus 38,1% au CHUP).

Les greffes représentent un total de 97 organes greffés en 2016 (44 cornées, 49 reins et 4 cœurs) et 78 greffes de cellules souches hématopoïétiques.

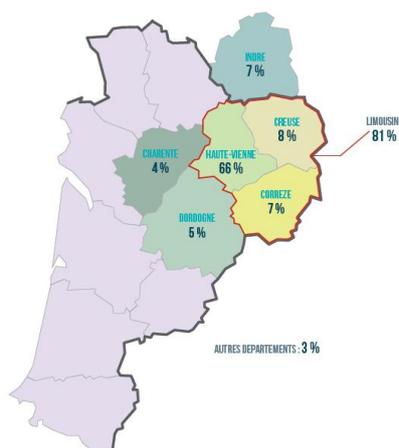
²⁹ Source : INSEE : bilan démographique 2018

L'activité d'urgence répertoriée en 2016 comptabilise :

- 42 758 passages aux urgences générales adultes (- 6206 passages comparé au CHUP)
- 24 631 passages aux urgences pédiatriques (+ 4457 passages comparé au CHUP)
- 4558 passages aux urgences gynécologiques et obstétricales (-1182 comparé au CHUP)
- 163 371 appels au SAMU (+ 26 828 comparé au CHUP) conduisant à 3591 sorties SMUR (- 52 comparé au CHUP) et 590 interventions hélicoptérées (- 192 comparé au CHUP).

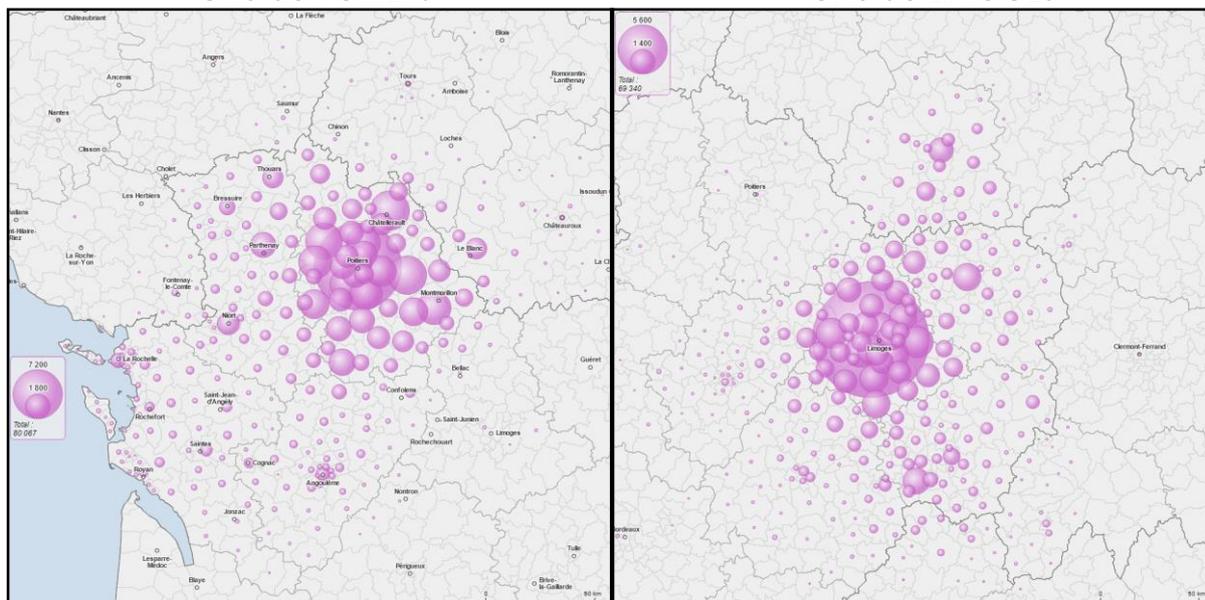
Les activités de blocs opératoires et d'imagerie médicale amènent respectivement 26 226 interventions chirurgicales (+ 3506 comparé au CHUP) et 226 459 actes d'imagerie (+ 33 896 comparé au CHUP).

La provenance géographique des patients pris en charge au CHU de LIMOGES est à 81% issue de l'ex région Limousin ; les patients issus du département de la Haute-Vienne représentant 66% des séjours.



Source : service communication du CHU de LIMOGES

Nous pouvons comparer les zones d'attractivité des deux CHU issues de la modélisation des séjours totaux du PMSI en 2017. Nous pouvons remarquer que les deux établissements ont un rayonnement régional issu des ex régions administratives Poitou-Charentes et Limousin.



Source : Hospidiag

Nous pouvons ainsi au regard de ces éléments comparatifs remarquer de grandes similitudes entre ces deux établissements qui se positionnent comme les centres recours des anciennes régions Poitou-Charentes et Limousin.

2. La conduite du projet

Maintenant que nous avons connaissance de l'entité qu'est le CHU de POITIERS et que nous connaissons le contexte d'émergence de la problématique à l'origine de notre projet managérial, nous allons pouvoir le détailler. Des scénarii initiaux proposés jusqu'à sa mise en œuvre. Nous verrons quels sont les freins ainsi que les leviers sur lesquels nous pouvons agir pour accompagner le changement et permettre une transition la plus positive possible tant pour les patientes et leurs nouveau-nés que pour les soignants exerçant au sein de la maternité.

2.1. L'organisation initiale

Il apparait essentiel avant de connaître les différents scénarii proposés de connaître le fonctionnement initial de la maternité tant en termes de capacité que de ressources humaines.

2.1.1. La capacité de la maternité

Dans l'organisation préexistante, la capacité initiale totale du service de maternité est de 40 lits, permettant l'accueil de 40 couples mère-enfant.

Ces 40 lits sont répartis sur 2 ailes géographiquement distinctes, de 20 lits chacune, situées au deuxième étage de la tour Jean-Bernard et permettant ainsi une proximité relative entre ces deux unités.

Aile	Capacité	Chambres seules	Chambres doubles	Espace ZEN
B	20 lits + 20 berceaux	18	1	1
D	20 lits + 20 berceaux	18	1	1

Les patientes en pré travail intègrent directement leur chambre. Elles peuvent bénéficier de l'espace zen existant dans chaque aile pour gérer l'inconfort lié au début de travail sans apport médicamenteux.

Cette gestion des débuts de travail permet aux patientes de bénéficier du confort d'une chambre tout en diminuant le stress lié à l'activité d'un secteur de naissances. Par ailleurs le suivi par un binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture ne souffre pas d'interruptions liées à la gestion d'urgences éventuelles.

2.1.2. Les ressources humaines

Nous ne détaillerons ici que les ressources humaines concernant les professions impactées par notre projet à savoir 3 corps que sont le corps des sages-femmes (SF), le corps des aides-soignantes (AS) et auxiliaires de puériculture (AP) et enfin le corps des agents de service hospitalier (ASH). Nous retrouvons l'organisation en ressources humaines (RH) par aile de maternité dans le tableau suivant.

		Effectifs en ETP			
		SF	AP/AS	ASH	
SF	2 SF Jour	Soit 1 SF pour 20 patients (10 Mamans + 10 Bébés)			
	1SF Nuit	Soit 1 SF pour 40 patients (20 Mamans + 20 Bébés)			
AP/AS	2 Matin	Soit en moyenne 1AP/AS pour 10 patients (5 Mamans + 5 Bébés)			
	2 Coupures				
	3 Soirs				
	1 Nuit	Soit 1 AP pour 40 patients (20 Mamans + 20 Bébés)			
ASH	1 Matin				
		Aile B	8.6	15.25	1.8
		Aile D	8.6	15.25	1.8
		Total	17.2	30.5	3.6

Les sages-femmes exercent leurs missions de jour comme de nuit sur une amplitude horaire de 12h.

Les AS/AP comme les ASH de jour exercent leurs missions sur une amplitude horaire de 7h30 déduction faite de la pause repas. Les modèles horaires sont soit du matin, soit de coupure ou du soir.

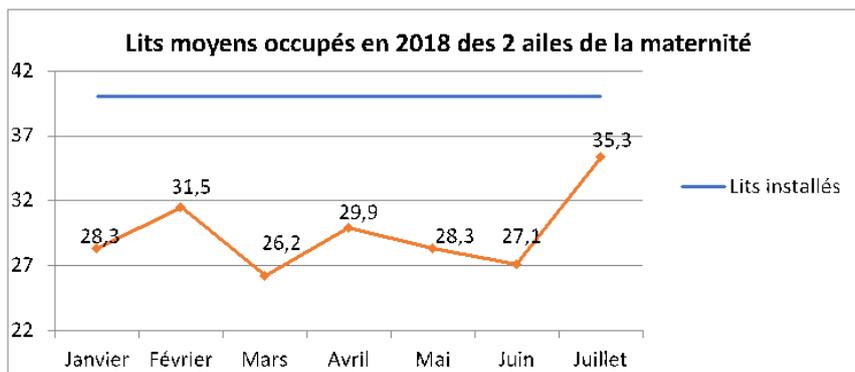
Les AS/AP de nuit sont quant à elles postées sur une amplitude horaire de 10h.

A présent que nous connaissons l'organisation tant géographique que professionnelle au sein de la maternité avant la réorganisation, nous allons pouvoir détailler les scénarii faits à la Direction Générale suite à la volonté de baisse de capacité affichée et demandée.

2.2. Les scénarii réorganisationnels : propositions faites à la Direction Générale

Comme nous l'avons précisé dans le cadre de l'émergence de notre problématique, la décision définitive annoncée le 16 octobre par la Direction Générale fait suite à une période de réflexion où plusieurs scénarii ont été travaillés et proposés pour atteindre l'objectif d'un taux d'occupation supérieur couplé à une baisse de la DMS ; la volonté affichée initialement de la part de la Direction Générale étant une diminution capacitaire de 10 lits afin de faire concorder le taux observé au taux réel.

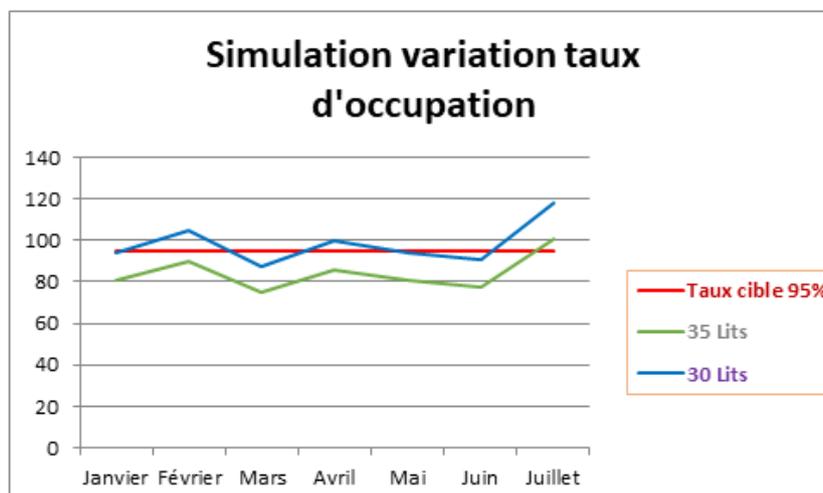
Au préalable de toute proposition réorganisationnelle de la maternité ; il nous est apparu indispensable de réaliser un état des lieux du taux d'occupation de la maternité sur les sept premiers mois de l'année 2018. En effet, l'obstétrique étant un service d'urgences, il est important de mettre en balance le taux d'occupation moyen d'une part et la courbe de variation journalière du taux d'occupation d'autre part, afin de déterminer le nombre de lits requis et l'organisation à mettre en place, ceci afin de minimiser l'impact des pics d'activité sur la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins. Les résultats de cette analyse sont contenus dans le tableau suivant.



Si le nombre moyen de lits occupés pour la période cumulée du 1er janvier au 31 juillet est de 29, soit 9 lits en dessous du taux cible de 95% (38 lits), nous constatons deux pics dont un à 35,3, soit 2,7 lits en dessous du taux cible.

L'activité non linéaire de l'obstétrique en lien avec son caractère imprévisible est clairement mise en exergue.

Nous avons ainsi réalisé une simulation du taux d'occupation avec 35 lits disponibles (fermeture de 5) et 30 lits disponibles (fermeture de 10).



Dans cette dynamique il nous a semblé intéressant de faire un focus sur l'occupation journalière des ailes de maternité avec les bornes minimales et maximales sur ces 7 mois. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant.

OCCUPATION JOURNALIERE DES LITS DE MATERNITE DU 1er JANVIER AU 31 JUILLET

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Nombre moyen de lits occupés	28,3	31,5	26,2	29,9	28,3	27,1	35,3
Amplitude Le plus faible	20	25	18	23	23	19	27
Le plus fort	41	41	38	44	40	32	41
Nbre de jours \geq 30 Lits occupés	16	19	12	16	13	7	27
Nbre de jours \geq 35 Lits occupés	7	10	3	7	4	0	17

Ainsi nous constatons sur cette période que pendant 110 journées l'occupation de la maternité est supérieure ou égale à 30 lits (soit une durée de 51,88% du temps) et que pendant 48 journées, cette occupation est même supérieure ou égale à 35 lits (soit une durée de 22,64% du temps).

Indépendamment de cette vision rétrospective, deux éléments « locaux » prospectifs doivent rentrer dans l'analyse afin d'éclairer au maximum notre argumentation.

Tout d'abord l'impact de la fermeture définitive fortement médiatisée de la maternité du Blanc n'est pas encore connu sur notre structure car nous ne bénéficions pas d'un recul suffisant. Le Blanc est distant d'environ 55 km de POITIERS, certaines patientes vont donc se réorienter vers notre structure pour la prise en charge de leur accouchement. Une enquête réalisée au sein de la maternité du Blanc a évalué le nombre de patiente souhaitant accoucher à POITIERS à environ 10 par mois.

En second lieu nous devons prendre en considération la dynamique de la seconde maternité de POITIERS, le Fief de Grimoire, maternité privée à but lucratif de niveau 2A dont l'activité ne fait que décroître année après année depuis 2014 comme le montre le tableau suivant. En 2018, le nombre d'accouchement du Fief de Grimoire qui nous a été communiqué par le service état civil de la mairie de POITIERS a été de 995 naissances.

Activité globale - Source PMSI						
Aide			2014	2015	2016	2017
	CI-A11	Nombre d'accouchements	1 338	1 202	1 105	1 019

Source : Hospidiag

Ainsi nous pouvons anticiper un probable redéploiement d'activité sur notre structure pour l'année 2019.

Au regard de tous ces éléments argumentaires, nous avons proposé deux scénarii ré organisationnels à la Direction Générale, l'un ayant notre nette préférence et qui

prévoit une réduction capacitaire de 5 lits et un proposant une réduction de 10 lits pour être en adéquation avec la demande formulée.

Selon M Jean-Paul DUMOND, une organisation « peut être considérée comme un système composé de processus et de ressources qui sont agencées en fonction de paramètres de conception. Ceux-ci forment une configuration organisationnelle dont l'efficacité dépend de paramètres de conception. »³⁰

Il sera important dans notre volonté de changement organisationnel qui conservera le même processus principal, à savoir la prise en charge du couple mère-enfant, mais dans un contexte de baisse de ressources ; de faire varier les paramètres de conception de l'organisation afin d'en conserver une réelle efficacité. Les paramètres de conception agencent les ressources nécessaires et il est donc possible de les faire varier.

Cette variation des paramètres de conception dans un changement organisationnel est validée dans le cadre de la théorie de la contingence.³¹

2.2.1. Scénario 1 : réduction capacitaire de 5 lits

La fermeture de 5 lits ne concernerait qu'une seule aile de maternité (aile D) pour arriver au schéma suivant.

Aile	Capacité	Chambres seules	Chambres doubles	Espace ZEN
B	20 lits + 20 berceaux	18	1	1
D	15 lits + 15 berceaux	13	1	1

Concernant le versant ressources humaines, la modification concernerait l'aile impactée par la fermeture des lits.

Ainsi les effectifs de l'aile B non impactée seraient les suivants.

SF	2 SF Jour	Soit 1 SF pour 20 patients (10 Mamans + 10 Bébés)
	1SF Nuit	Soit 1 SF pour 40 patients (20 Mamans + 20 Bébés)
AP/AS	2 Matin	Soit en moyenne 1AP/AS pour 10 patients (5 Mamans + 5 Bébés)
	2 Coupures	
	2 Soirs	
	1 Nuit	Soit 1 AP pour 40 patients (20 Mamans + 20 Bébés)

Effectifs en ETP	
SF	AP/AS
8.6	13.44

³⁰ DUMOND Jean-Paul, *Les organisations de santé : la grande transformation hospitalière*, IAE Gustave Eiffel, Université Paris-Est Créteil, p48, 2018

³¹ LAWRENCE P. et LORSCH J., *Differentiation and integration in complex organizations*, Administrative Science Quarterly, Vol. 12, p1-47, 1967

Les effectifs de l'aile D concernée par la fermeture des 5 lits seraient les suivants.

SF	1 SF Jour :	Pour 20 patients (10 Mamans + 10 Bébés)
	1SF Jour :	pour 10 patients (5Mamans + 5 Bébés) + Coordination des sorties précoces des 2 Ailes
	1SF Nuit	Soit 1 SF pour 30 patients (30 Mamans + 30 Bébés)
AP/AS	2 Matin	Soit en moyenne 1AP/AS pour 10 patients (5 Mamans + 5 Bébés)
	1 Coupure	
	2 Soirs	
	1 Nuit	Soit 1 AP pour 40 patients (20 Mamans + 20 Bébés)

Effectifs en ETP		
SF	AP/AS	AS H
8.6	11.6 2	
TOTAL	17.2	25
	3.6	

L'effectif ASH est maintenu en termes d'ETP mais la répartition horaire serait lissée sur la journée afin de conserver un renfort dédié à l'entretien des locaux pour permettre des départs à tout moment de la journée.

ASH	1 Matin
	1 Soir

Ainsi le ratio de prise en charge patiente/professionnel serait inchangé concernant les AS/AP. Ce scénario amenant un gel de 5.5 ETP concernant ce corps professionnel.

Cette maquette trouverait toute son efficacité, et le respect de la qualité de vie au travail pour les professionnels, en limitant tout débord possible sur les lits fermés.

Ainsi comme le précise M Jean de KERVASDOUE, « parfois pour innover, il faut modifier l'organisation » et que « l'innovation est donc perçue comme une nouveauté par un groupe social (...) ». ³²

Nous proposons donc afin de parvenir à l'objectif de sorties anticipées (baisse de la DMS, rotation plus rapide des patientes) et le maintien du nombre de patientes hospitalisées dans un service plus restreint, la création d'un temps sage-femme dédié à la coordination des sorties précoces ; que ce soit en termes d'organisation au sein de la maternité mais également en se positionnant en relais disponible pour nos collègues libéraux. Nous reviendrons sur les missions de ce poste innovant lorsque nous détaillerons la dimension fonctionnelle du changement organisationnel lié à notre projet managérial.

2.2.2. Scénario 2 : réduction capacitaire de 10 lits

Nous allons dans ce paragraphe utiliser la même présentation que sur le point précédent.

Dans ce scénario, afin de conserver un équilibre sur la répartition du travail en particulier concernant les équipes de nuit, la diminution globale de 10 lits est répartie sur les 2 ailes par la fermeture de 5 lits sur chacune d'entre elles. Nous arriverions ainsi au schéma suivant.

³²DE KERVASDOUE Jean, *Innovation et organisation hospitalière*, La presse Médicale, Elsevier Masson, p381-382, 2015

Aile	Capacité	Chambres seules	Chambres doubles	Espace ZEN
B	15 lits + 15 berceaux	13	1	1
D	15 lits + 15 berceaux	13	1	1

Les ressources humaines seraient davantage impactées dans cette maquette de par la baisse plus importante du nombre de lits.

Concernant l'aile B, la proposition concernant le versant RH est détaillée dans le tableau suivant.

SF	1 SF Jour :	Pour 20 patients (10 Mamans + 10 Bébés)	Effectifs en ETP					
	1SF Renfort en 7h40 :	Pour 10 patients (5Mamans + 5 Bébés)				SF	AP/AS	ASH
	1SF Nuit	Soit 1 SF pour 30 patients (15 Mamans + 15 Bébés)	7.67	11,62				
AP/AS	2 Matin	Soit en moyenne 1AP/AS pour 10 patients (5 Mamans + 5 Bébés)	Effectifs en ETP					
	1 Coupure					SF	AP/AS	ASH
	2 Soirs					7.67	11,62	
	1 Nuit	Soit 1 AP pour 30 patients (15 Mamans + 15 Bébés)						

Sur l'aile D, la proposition est identique à celle du scénario 1.

SF	1 SF Jour :	Pour 20 patients (10 Mamans + 10 Bébés)	Effectifs en ETP					
	1SF Jour :	Pour 10 patients (5Mamans + 5 Bébés) + Coordination des sorties précoces des 2 Ailes				SF	AP/AS	ASH
	1SF Nuit	Soit 1 SF pour 30 patients (15Mamans + 15 Bébés)	8.60	11,62				
AP/AS	2 Matin	Soit en moyenne 1AP/AS pour 10 patients (5 Mamans + 5 Bébés)	Effectifs en ETP					
	1 Coupure					SF	AP/AS	ASH
	2 Soirs					8.60	11,62	
	1 Nuit	Soit 1 AP pour 30 patients (15 Mamans + 15 Bébés)						
Total			16,27	23,24	3,6			

L'effectif ASH est dans ce scénario également pensé pour assurer un lissage sur la journée.

ASH	1 Matin
	1 Soir

Dans ce scénario, l'impact sur les ressources humaines serait le gel de 7.28 ETP AP/AS et de 0.93 ETP sage-femme. Là encore l'objectif de limiter au maximum le débord sur les lits fermés justifie la volonté de maintenir un temps sage-femme dédié à la coordination des sorties précoces.

Nous venons de détailler quelles ont été les propositions ré organisationnelles faites à la Direction Générale.

Suite à ces données argumentées, la décision finale de notre direction est celle précisée dans le paragraphe 1.1.3 à savoir la fermeture de 10 lits avec un impact en terme RH supérieur puisque le temps de 7h40 de renfort clinique sage-femme n'a pas

été accordé. Ainsi, au sens « physique » des ressources humaines, l'effectif quotidien SF passe de 4 SF en 12h (2 par aile) à 3 SF en 12h pour les 2 ailes.

L'annonce étant intervenue le 16 octobre 2018 avec un fonctionnement effectif demandé au 19 novembre, nous disposons de 5 semaines pour la mise en œuvre opérationnelle que nous allons maintenant aborder.

2.3. Le pilotage du projet : la mise en œuvre opérationnelle.

Patrick AMAR écrit que « le changement est au cœur du parcours managérial » et que ce dernier, « surtout quand il est imposé de l'extérieur ou décrété soudainement, génère, de façon plus ou moins importante, des pertes de repères, du stress, de la frustration, voire de la peur, liés à l'incertitude d'une nouvelle situation ».³³

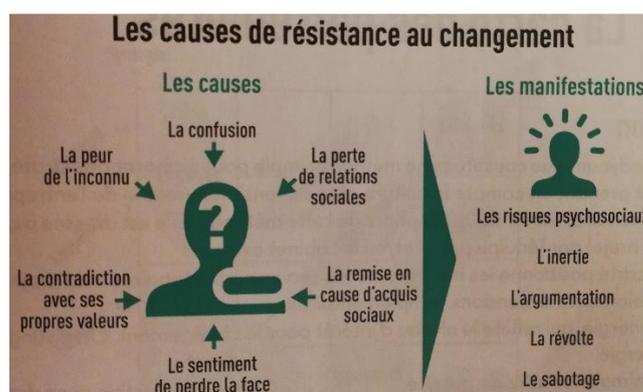
Adhérant à cette analyse nous constatons que le changement que nous avons à mener est fortement à risque de générer une opposition des équipes de par son caractère imposé par la Direction, qui peut parfois pour les professionnels sembler distante de la réalité du terrain, mais également en lien avec le délai très court pour le mener à bien.

La dimension qui nous apparaît en premier lieu lorsque nous devons concevoir et mener un changement qui impactera non seulement une organisation mais également des professionnels, c'est la question de la résistance au changement. Ce point essentiel à nos yeux pourrait être s'il n'est pas pris en compte avant d'agir un phénomène destructeur tant pour le projet à mener que pour la confiance que les professionnels ont en ceux qui les managent.

Étymologiquement, « résister » renvoie au latin « resistere », issu de « sistere », « s'arrêter ». C'est donc un lien évident avec une situation de blocage.

Pour COCH et FRENCH qui furent les premiers à parler de résistance au changement³⁴ ; c'est le manager qui doit la surmonter.

Par ailleurs la résistance au changement peut apparaître lorsqu'elle est maîtrisée comme une bonne nouvelle car elle indique que le processus du changement est amorcé³⁵.



D'après J RICOU et V MOISSONNIER

Christine MARSAN nous explique dans l'un de ses ouvrages³⁶ que KANTER, STEIN et JICK « identifient trois catégories d'acteurs importants lors de la conception et de la mise

³³ AMAR Patrick, *Psychologie du manager : pour mieux réussir au travail*, Ed. DUNOD, p 79, 2012

³⁴ COCH Lester, FRENCH John Jr, *Overcoming resistance to change*, in Human relations, 1947

³⁵ RICOU Juliette, MOISSONNIER Valérie, *Pro en conduite du changement*, Paris, Ed. Vuibert, 2018

³⁶ MARSAN Christine, *Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* Paris, Ed. De Boeck, 2008

en œuvre de changements au sein des organisations. Ils distinguent les stratégies qui conçoivent le changement, les organisateurs qui le mettent en œuvre et les récepteurs qui en sont les destinataires (...) [et qui] sont la source principale de résistance au changement ».

En ce qui nous concerne, de par notre position au sein du CHU de POITIERS et l'absence de coordonnateur Sage-Femme pour raison de santé, nous nous retrouvons à la fois co-stratège et organisateur du projet. Notre volonté est de prendre en considération au préalable à une quelconque décision la notion de risque de résistance au changement que nous devons mener.

M Ali BENMAKHLOUF, lors de l'un de ses séminaires de philosophie, tenu le 20 février 2019 au sein de l'université Paris-Est-Créteil³⁷, distingue le risque perçu du risque réel. Dans notre cas le risque perçu par les professionnels pourrait se traduire par une crainte d'accroissement significatif de la charge de travail en lien avec la diminution de personnel mais également par la crainte d'une dégradation de la qualité des soins dispensés aux patientes et aux nouveau-nés.

Nous n'aurons pas de contrôle sur la perception du risque par les équipes ; mais notre volonté de diminuer le risque réel qui pourrait naître des craintes évoquées, doit nous rendre extrêmement vigilants sur l'accompagnement voire l'intégration des équipes, lorsque cela est possible, au changement que nous allons mener. Notre démarche se révèle être en accord avec l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) qui précise que *« la résistance au changement n'existe pas en tant que telle ! Ce qui existe c'est la résistance à ce que l'on pense perdre, la résistance à l'idée de ne plus pouvoir faire face aux nouvelles exigences du travail, la résistance à l'idée de ne plus disposer de moyens adaptés pour bien faire son travail. »*³⁸

2.3.1. La dimension fonctionnelle du changement organisationnel

Suite à la commande de la Direction Générale, le changement organisationnel intervient dans un contexte certain de baisse de ressources, que celles-ci soient physiques (les lits fermés) ou humaines (diminution des ETP AP/AS et SF).

Suite aux maquettes de scénarii transmises et à la décision finale de fermeture de 10 lits, nous avons décidé de coller à la maquette numéro 2 pour les catégories AP/AS (dont la baisse d'effectif correspond à nos prévisions) et ASH qui ne sont pas concernées par la baisse de moyens humains. Concernant les SF, la suppression de poste étant supérieure à notre souhait et impactant bien plus profondément l'organisation du travail de ces professionnels, nous avons dû travailler cette dimension fonctionnelle en y consacrant le plus de notre temps et en privilégiant un management fortement participatif à travers la mise en place d'un groupe de travail.

Nous allons débiter par l'organisation géographique qui a été décidée pour coller à la demande puis nous détaillerons les 3 corps professionnels concernés.

2.3.1.1. L'organisation géographique

La répartition de la maternité sur 2 ailes distinctes de 20 lits chacune nous laisse envisager deux possibilités pour la suppression de 10 lits.

³⁷BENMAKHLOUF Ali, *Principe de précaution et vaccination, un enjeu de santé publique ?* Université Paris-Est Créteil, Février 2019

³⁸ ANACT, *10 questions sur la conduite des projets de transformation*, 2017

La première option est la fermeture de 10 lits sur une seule des ailes de la maternité. Cette option a l'avantage de permettre une répartition simple des professionnels la journée sur un modèle deux tiers/un tiers de mise en œuvre aisée. Elle présente a contrario un défaut certain pour les équipes de nuit car elle entraîne un net déséquilibre sur la répartition de la charge de travail entre les unités. La seconde option est la fermeture égale de 5 lits par unité. Cette option est plus complexe de mise en œuvre pour les personnels de jour, en particulier pour le corps des sages-femmes qui dispose d'un nombre impair de professionnels postés quotidiennement. Elle est cependant beaucoup plus équilibrée pour les équipes de nuit.

L'organisation des soins propre au CHU de POITIERS entraîne une gestion des patientes présentant un début de travail au sein des unités de maternité. Ce processus de prise en charge implique une surveillance étroite des parturientes et de leurs fœtus ainsi qu'une présence bienveillante et rapide en cas de besoin (gestion de la douleur par exemple).

Au regard de ces éléments et en précisant le fait que les équipes de nuit sont en nombre minimal (à savoir un binôme AS/AP-SF par unité) il nous apparaît indispensable, afin de préserver la qualité des soins et une présence la plus forte possible auprès des parturientes, d'opter pour la seconde option et une répartition de 5 lits fermés par unité pour ne pas sur-impacter une équipe de nuit et risquer une baisse de la qualité de la prise en charge.

La suite du projet et l'organisation en termes de ressources humaines que nous détaillerons tiendront compte du choix de la réorganisation géographique que nous venons d'explicitier.

2.3.1.2. L'organisation RH du corps des ASH

Concernant le corps des ASH nous avons explicité dans notre maquette ré-organisationnelle le souhait de lisser la présence de ces professionnels, véritables garants de la gestion des locaux, sur la journée complète. Cette volonté émane d'un nécessaire accroissement du nombre de sorties pour compenser la fermeture de lits donc d'une survenue sous-entendue de ces sorties sur toute la journée.

Ainsi à quotité de temps équivalente (à savoir 2 ASH du matin sur l'ancienne organisation), nous proposons la présence d'une ASH du matin et d'une ASH du soir qui oscilleront entre les ailes pour la réfection des chambres après les départs. Nous passons ainsi d'une présence ASH sur une amplitude horaire passant de 8h à 15H. Cette présence en fin d'après-midi garantit aussi une aide précieuse aux AP/AS dans la préparation des plateaux repas.

2.3.1.3. L'organisation RH du corps des AS/AP

Le corps des AP/AS est le plus impacté en termes RH par la décision de la Direction Générale. Rappelons que la commande prévoit la suppression de 7.2 ETP.

Cependant sur un plan purement fonctionnel, cette diminution du nombre de poste est un lien mathématiquement linéaire avec la diminution du nombre de lits.

En effet le rapport patient/professionnel reste équivalent, les AP/AS n'auront donc pas de chambre supplémentaire en charge en lien avec la diminution du nombre de poste. La charge de travail sera cependant majorée de par un turn-over plus rapide des patientes dans les chambres dont elles ont la charge.

Nous développerons dans un premier temps les modifications liées à la diminution du nombre d'agents postés par jour (en raisonnant par unité) puis nous amènerons nos pistes de réflexion quant aux modalités de suppression des postes.

Dans l'organisation initiale, les AP/AS étaient présentes à hauteur de 8 agents par jour (3 matins, 2 coupures et 3 soirs).

Dans un service de maternité, il est avéré que la charge de travail en soins est conjonctuellement accrue sur les horaires de matin pour la raison simple que les visites aux patientes sont nombreuses et sont bornées à l'après-midi. Or la présence de visiteurs qui est tout à fait légitime, qui plus est dans le cadre heureux de la naissance, est bien sûr un élément perturbateur du soin et garant d'indisponibilité des patientes. L'analyse quotidienne réalisée par la coordinatrice sage-femme du service de maternité et les échanges menés avec les professionnels corroborent tous cette analyse.

Prenant en compte cette dynamique avérée, nous préférons donc diminuer le nombre de professionnels sur les horaires de coupure et du soir pour garantir un ratio identique à toute heure de la journée en lien avec la charge de travail.

Ainsi le choix de nouvelle présence horaire des AP/AS se traduira par une présence quotidienne de jour de 6 agents répartis selon le schéma 3 matins/1 coupure/2 soirs. Ceci garantit également une logique conservée dans la continuité des soins avec la transmission équilibrée du nombre de patientes entre les équipes du matin et du soir en prenant en compte les sorties quotidiennes.

Outre le versant purement organisationnel concernant la répartition des professionnels sur une journée de travail ; nous avons à gérer la suppression de 7.2 ETP dans ce corps professionnel.

Notre volonté et celle de la politique sociale du CHU de POITIERS est d'éviter autant que possible de se séparer d'agents contractuels en contrat à durée déterminée (hors motifs d'insuffisance professionnelle).

Dans cet objectif nous proposons de nous tourner vers 2 leviers pour parvenir à cette diminution d'effectifs.

Les corps AP et AS au sein de la fonction publique hospitalière appartiennent tous deux à la catégorie C³⁹ et une passerelle existe entre ces 2 métiers.

M Xavier MARCHAND explique dans son enseignement sur la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences⁴⁰ qu'il est essentiel de distinguer la notion de « travail réel » c'est-à-dire le métier véritablement exercé (le métier vrai) par un professionnel à celui de « travail prescrit » qui correspond au métier issu de l'enseignement en formation initiale. Dans notre fonctionnement nous constatons que les professionnels Aide-soignant (travail prescrit) exercent réellement au quotidien des fonctions de professionnel Auxiliaire de puériculture (travail réel).

Il apparaît ainsi cohérent de privilégier le corpus de professionnels exerçant son métier vrai à savoir les auxiliaires de puériculture.

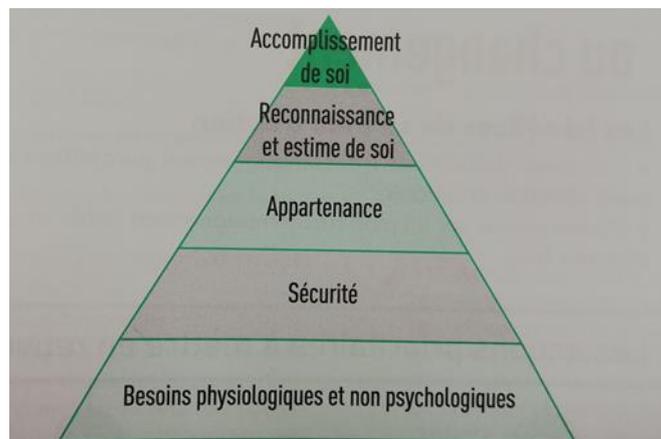
Dans cet objectif de valorisation du travail AP au sein de la maternité, comme le précise Shalom H. Schwartz⁴¹ reprenant les travaux du sociologue Emile DURKHEIM ; « *les valeurs sont fondamentales pour expliquer l'organisation et le changement (...). On les utilise pour caractériser les individus (...) et pour expliquer les motivations de base qui sous-entendent attitudes et comportements* ». Ainsi il nous apparaît pertinent de profiter de cette réorganisation pour agir et encourager sur la possibilité de valoriser les agents AS par la formation professionnelle afin qu'ils obtiennent une qualification vraie d'auxiliaire de puériculture en plus de celle qu'ils possèdent déjà.

³⁹ Source : site internet www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere

⁴⁰MARCHAND Xavier, Cours référencé UE 2 Management des soins, ECUE 3 Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences soignantes, Ecole Supérieure Montsouris, 2018-2019

⁴¹SCHWARTZ Shalom, *Les valeurs de base de la personne : théorie, mesure et applications*, revue française de sociologie, Ed. Technip & Ophrys, volume 47, p929-968, 2006

Dans cette démarche nous proposons aux AS de se maintenir au sein de la maternité avec le projet de formation Auxiliaire de Puériculture en agissant sur la valeur de promotion de leur travail, ce qui permet de donner du sens à notre ré-organisation. Nous nous appuyons ainsi sur les travaux d'Abraham MASLOW dans la théorie de la motivation.⁴²



D'après Abraham MASLOW

Suivant cette pyramide dite « des besoins » nous constatons que, outre les besoins physiologiques qui constituent les besoins premiers de tout individu ; les 4 autres niveaux sont utilisés dans notre démarche d'accompagnement au changement pour valoriser les professionnels AS souhaitant entrer dans une démarche de formation afin d'augmenter le sentiment de sécurité de leurs attribution en lien avec la formation ; ce qui majorera leur appartenance au groupe dans l'objectif d'arriver à une reconnaissance et à l'accomplissement de soi sur le plan professionnel.

Cette proposition a trouvé un écho dans l'équipe puisque 2 AS ont choisi d'entrer dans un cursus de formation auxiliaire de puériculture sur les années 2019-2020.

Concernant les 7 postes à supprimer au sein de la maternité et après fléchage de la volonté des agents sur le plan de la formation que nous venons de détailler nous sommes parvenus à réduire les effectifs sur le schéma suivant.

Mouvement INTERNE (Changement de service)	Mouvement EXTERNE (Démission pour rapprochement familial)	Non renouvellement de contrat à durée déterminé
4 Aides-Soignantes	1 Auxiliaire de puériculture	2 Aide auxiliaire de puériculture (CAP petite enfance)

Grâce à ce schéma, nous limitons l'impact sur les professionnels les plus qualifiés et conservons un maximum d'auxiliaires de puériculture diplômées ou souhaitant entrer en formation. Nous sommes néanmoins contraints de mettre fin aux contrats de deux contractuelles, titulaires d'un certificat d'aptitude professionnel (CAP) petite enfance, diplôme qui limite grandement les compétences en maternité dans le cadre d'un travail autonome.

⁴² Maslow A. H., *Theory of human motivation*, Psychological Review, n° 50, p 370-396, 1943

2.3.1.4. L'organisation RH du corps des Sages-Femmes

Le corps des sages-femmes est le corps le plus impacté sur le plan fonctionnel par cette fermeture de lits. En effet les sages-femmes étant médicalement responsables des patientes et de leurs nouveau-nés, leur présence doit être immédiate en cas de besoin.

La commande de la Direction Générale est la suppression « physique » d'une sage-femme de jour présente quotidiennement, ceci afin de passer de 4 SF à 3. Cette baisse d'effectif est corrélée de manière linéaire à la suppression de 10 lits afin de conserver une patientèle de 10 couples mère/enfant par SF. Cependant la présence physique d'un nombre impair de professionnels et le choix fait de réorganisation géographique comme détaillé sur le point 2.3.1.1. entraîne de facto la nécessité d'organiser le travail d'une sage-femme à nombre de patiente égal sur chaque aile.

Suite à notre proposition de maquette, la Direction a accepté la présence d'un temps sage-femme supplémentaire sur un poste innovant de coordination des sorties précoces. Ce temps alloué est de 0.3 ETP.

Nous détaillerons ici successivement les éléments organisationnels impactant le corps des sages-femmes puis nous expliciterons les modalités concernant le temps de coordination.

La nouvelle organisation modifiant les habitudes et les automatismes de l'équipe sage-femme quant à la répartition physique des professionnels il apparaît pertinent d'associer l'équipe exerçant au sein de la maternité aux réflexions concernant leur organisation propre pour assurer la continuité des soins et garantir leur qualité.

Nous décidons ainsi d'opter pour un management participatif qui ne peut se faire par définition que par une reconnaissance du travail effectué⁴³.

La reconnaissance du travail effectué peut quant à elle se définir selon BRUN et DUGAS⁴⁴ comme « *étant constituée de jugements constructifs posés sur la contribution d'une personne, qu'ils soient ponctuels ou réguliers, individuels ou collectifs* ».

Ainsi la notion de contribution est centrale dans le management participatif.

Forts de cette définition et de la volonté d'inclure les sages-femmes dans la réflexion, nous proposons la tenue d'un groupe de travail le 2 novembre 2018 afin de discuter les modalités organisationnelles les plus pertinentes.

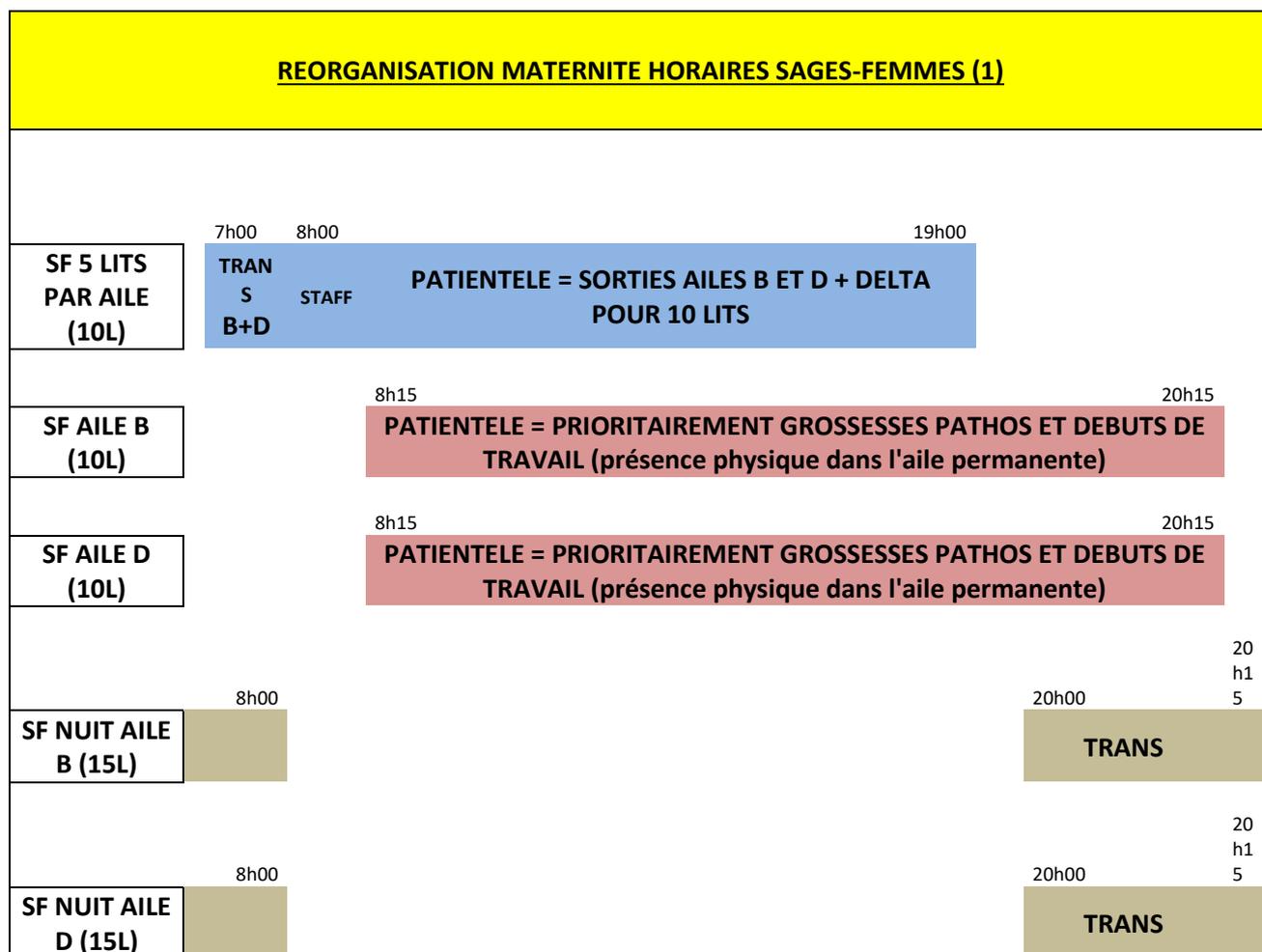
L'appel à volontaires se veut général aux 58 sages-femmes en exercice au sein du CHU de POITIERS et est réalisé par courriel le 19 octobre 2018 via les boîtes professionnelles nominatives.

Sept sages-femmes sont présentes à la réunion du groupe de travail en plus de nous-même. Nous proposons comme base deux scénarii organisationnels qui sont discutés et soumis à avis et éventuelle modification.

⁴³JEANNEROT DUMOUCHEL Nathalie, *La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif*, Dans @GRH N°11, Ed. De Boeck Supérieur, p 7-29, 2014

⁴⁴BRUN Jean-Pierre, DUGAS Ninon, *La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens*, Gestion, Vol.30, p 85, 2005

Le premier schéma est présenté ainsi :



Découpage projectif début de journée de travail SF 1

7h-7h30 : Trans Aile B : SF de nuit en poste pour enregistrements du rythme cardiaque fœtal (ERCF) éventuels de 7h30 à 8h
 7h30-8h : Tans Aile D : SF de nuit en poste pour ERCF éventuels de 7h00 à 7h30
 8h : Staff (présentation des dossiers DSW prioritaires en début de staff)
 Fin du staff : trans. aux SF des 2 ailes sur leur patientèle + staff pédiatrique (uniquement sur Nnés PROBLEMATIQUES pour permettre un début de prise en charge des patientes le plus tôt possible

Ce schéma organisationnel présente les avantages de profiter au maximum des temps de chevauchement entre équipe de nuit et de jour en début de journée. Ainsi il n'y a que 15 minutes sur les 24h où une sage-femme se trouve seule pour les deux ailes de maternité (créneau 8h-8h15). Par ailleurs il permet de garantir une fin de service à 19h pour la sage-femme arrivée le plus tôt car 2 consœurs sont postées pour assurer la continuité des soins des patientes et ce quelle que soit la charge d'activité. En revanche il présente le défaut de charger la sage-femme débutant en 7h en transmissions à son arrivée puis à la prise de poste des sages-femmes de 8h15. Par ailleurs l'activité du début de garde peut la contraindre à ne pas pouvoir se rendre disponible pour le staff médical quotidien ce qui est regrettable.

Le second schéma proposé est présenté ainsi :

REORGANISATION MATERNITE HORAIRES SAGES-FEMMES (2)			
		8h30	
SF 5 LITS PAR AILE (10L)	PATIENTELE = SORTIES AILES B ET D + DELTA POUR 10 LITS		TRAN NS
	7h00	8h30	19h00
SF AILE B (10L)	TRAN NS B	STAFF	PATIENTELE = PRIORITAIREMENT GROSSESSES PATHOS ET DEBUTS DE TRAVAIL (présence physique dans l'aile permanente)
	7h00	8h30	19h00
SF AILE D (10L)	TRAN NS D	STAFF	PATIENTELE = PRIORITAIREMENT GROSSESSES PATHOS ET DEBUTS DE TRAVAIL (présence physique dans l'aile permanente)
	07h30		19h30
SF NUIT AILE B (15L)			TRAN NS
	07h30		19h30
SF NUIT AILE D (15L)			TRAN NS

Ce second schéma quant à lui répartit mieux la charge de travail le matin à 7h ainsi que la quantité de transmissions à réaliser sur cet horaire.

Le défaut principal est cependant le fait de ne maintenir qu'une seule sage-femme pour les 2 unités le soir entre 19h et 19h30 à la prise de poste de l'équipe de nuit. Ainsi il ne garantit pas le respect des horaires des sages-femmes censées terminer à 19h en cas de charge de travail importante. Par ailleurs ce modèle contraint la sage-femme quittant son poste à 20h30 à réaliser un nombre important de transmissions après sa journée de travail puisqu'elle est le seul relais des équipes de nuit.

Les deux schémas précisent bien que dans l'organisation des soins il s'avèrera impératif de confier les patientes les plus à risque de prise en charge en urgence (à savoir les patientes présentant une grossesse pathologique ainsi que les parturientes en début de travail) aux 2 sages-femmes présentes physiquement en permanence dans l'aile de maternité où elles sont postées.

La sage-femme volante se bornant quant à elle aux patientes sortantes et aux prises en charge simples.

Suite à ces constats et discussions au sein du groupe de travail, la proposition retenue est celle du schéma numéro 1 pour mise en œuvre au 19 novembre. Nous soulignons bien en conclusion de cette réunion le fait que le test en situation réelle sera l'élément déterminant tant pour l'équipe clinique que pour celle de coordination. Ainsi en cas de difficultés, il sera possible et souhaitable de tester le second schéma.

A présent que nous connaissons la nouvelle organisation fonctionnelle du corps des sages-femmes, nous allons expliciter les modalités ayant conduit à la création d'un nouveau poste sage-femme à savoir un poste de coordination des sorties précoces de maternité.

Comme nous l'avons introduit au début de ce paragraphe, la Direction Générale a acté, lors de la décision de fermeture de lits au sein de la maternité, la création de 0,3 ETP sage-femme dédiés à l'organisation des sorties et en particulier des sorties précoces, soit entre 24 et 72 heures de vie de l'enfant. La diminution de la capacité d'hospitalisation implique dès lors la nécessité de réduire les durées d'hospitalisation des patientes et des nouveau-nés ne présentant pas de pathologie. Ainsi, ce poste vise également à fluidifier le parcours patient et le relais avec le secteur libéral.

Notre réflexion initiale sur la mise en place de ce poste a concerné à identifier les freins éventuels qui pourraient venir en opposition au changement de représentations nécessaires à l'implémentation de ce poste.

Le frein principal probable à la mise en place de ce changement de pratique est lié au contexte de survenue dudit changement. En effet, notre activité étant stable, la décision de baisse capacitaire implique un taux de rotation des lits plus important. Ainsi il sera nécessaire de modifier les représentations qu'ont les sages-femmes de la maternité quant aux soins prodigués et au care pratiqué au sein de notre structure. La réduction de la durée de séjour contraint à faire des choix sur les prises en charge en se limitant à la prise en charge médicale ; l'accompagnement global restant essentiel mais étant en partie confié au secteur libéral ce qui constitue un changement important avec les automatismes acquis jusqu'alors. Les représentations guidant l'action, il sera indispensable de convaincre les professionnels du maintien de la qualité de la prise en charge en lien avec la création de ce poste.

En second lieu, le niveau RH posera également une problématique. Le temps alloué par la Direction Générale à ces missions ne représente que 0.3 ETP ce qui correspond à un temps pouvant sembler insuffisant de 1 heure et 45 minutes par jour sur six jours. Il nous apparaît essentiel pour soutenir et accompagner les personnels qui postuleront à ces fonctions de leur donner les moyens de mener à bien leurs missions. Nous avons ainsi proposé d'augmenter le temps de coordination pour le porter à trois heures et trente minutes par jour, six jours sur sept. Cette augmentation n'étant pas financée par l'institution nous décidons d'affecter 0.35 ETP de notre tableau des emplois à ces fonctions de coordination.

Ce temps supplémentaire venant en addition du temps alloué par la Direction Générale, nous arrivons à un total de 0.65 ETP.

Ainsi l'implémentation de ces missions se fera dans des conditions optimales de faisabilité sur le plan du temps dédié ; ce qui favorisera l'investissement des professionnels.

Enfin, le choix des professionnels responsables de ces nouvelles fonctions sera essentiel pour permettre une mise en place sereine, positive et volontaire tel que Jean Pierre BOUTINET⁴⁵ l'explique dans le sens où un acteur facilitant est un acteur qui trouvera plus de gains que de pertes dans le projet. Comme le précise Jean Christian FAUVET dans son développement du concept de la stratégie des alliés⁴⁶, notre objectif sera de s'adjoindre des personnalités engagées, c'est-à-dire dans la synergie par rapport au projet, ou constructives qui soutiendront le projet en conservant un esprit critique. Ce sont les alliés qui font la réussite d'un projet, bien plus sûrement que les opposants ne font son échec.

⁴⁵BOUTINET J.P. *Psychologie des conduites à projet*, Paris, Ed. Puf, coll. « Que sais-je ? », juin 2014

⁴⁶FAUVET J.C., Kea & Partners, *L'élan socio dynamique*, Les éditions d'organisation, 2004

La description du poste et ses effets attendus seront déterminants pour faire naître une dynamique chez certains professionnels sage-femme qui adhéreront à la démarche. Dans cet objectif, nous réalisons une fiche de poste précise au préalable à toute démarche de recrutement.

Cette fiche de poste est par la suite transmise le 26 octobre 2018 à l'intégralité des sages-femmes en poste au CHU de POITIERS via leurs boîtes mail professionnelles avec un appel à candidature pour les fonctions de coordination. Il nous apparaît que ce mode de recrutement ciblera les professionnels volontaires et bienveillants à l'encontre de la démarche et qui verront l'intérêt du projet, deux sages-femmes étant nécessaires pour permettre une présence six jours sur sept.

Deux professionnels répondent favorablement à la démarche et l'annonce à l'équipe sage-femme est réalisée le 12 novembre 2018.

Pour des raisons internes, la fiche de poste ne peut être communiquée hors de l'établissement et ne sera par conséquent pas disponible en annexe.

L'accompagnement pratique des professionnels en charge de ces fonctions ne doit pas omettre la dimension du « pouvoir faire ».

Empruntant une citation d'Albert EINSTEIN, « *l'intelligence n'est pas la capacité de stocker des informations, mais de savoir où les trouver* », nous missionnons notre secrétariat de pôle afin de remettre à jour le fascicule listant et cartographiant la répartition des sages-femmes libérales⁴⁷ sur le territoire de la Vienne ainsi que leurs coordonnées professionnelles via le site ameli.fr.

Les autres outils de développement concerneront la mise à disposition d'une ligne téléphonique et d'une messagerie dédiée ainsi que d'un smartphone permettant l'échange de messages écrits.

Nous venons de détailler les éléments ayant permis et conduit à la mise en place d'un temps sage-femme dédié à l'organisation des sorties précoces.

Nous allons à présent décrire le dernier composant de la dimension fonctionnelle de notre projet, à savoir la rédaction d'une procédure dégradée en cas de tension sur la gestion des lits en maternité.

2.3.1.5. Rédaction d'une procédure dégradée de gestion des lits

La baisse capacitaire de la structure en lien avec l'analyse des taux d'occupation quotidiens du 1^{er} janvier au 31 juillet 2018 (tels que décrit au paragraphe 2.2.) nous a conduit à la rédaction d'une procédure dégradée de gestion des lits. Cette procédure a vocation à expliciter aux personnels les démarches pratiques à effectuer en cas de débord de la maternité au-delà des 30 lits ouverts afin de limiter voire supprimer les questionnements éventuels dans une situation déjà complexe et problématique.

Elle détaille et formalise les modalités d'ouverture d'une chambre supplémentaire ainsi que les moyens humains mobilisables en cas de débord.

Cette procédure a été rédigée en date du 11 janvier 2019 par les coordinateurs sages-femmes du secteur obstétrique du pôle Femme-Mère-Enfant en lien avec le chef de service, la direction des affaires médicales et des ressources humaines.

Le document a également été approuvé par la Direction Générale puis diffusé par mail à l'équipe des médecins et des sages-femmes du service mais également par affichage au sein des différents secteurs pour permettre une information complète de l'intégralité des personnels.

⁴⁷BERKANE N., *Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, N°44, p119-125, 2015

La diffusion de procédures internes hors de notre établissement n'étant pas souhaitée sur le plan institutionnel, cette procédure ne sera pas disponible en annexe de notre travail.

Nous venons de développer les composantes de la dimension fonctionnelle de notre changement organisationnel, à savoir la nouvelle organisation géographique de la maternité ainsi que les organisations en termes de RH des corps soignants impactés par le redimensionnement, que ce soit en lien avec une baisse d'effectif ou suite à une modification d'horaire.

Nous avons également décrit la mise en place d'un poste innovant au sein de notre CHU. Enfin, nous avons évoqué la rédaction d'une procédure dégradée en cas de tension sur la gestion des lits.

Pour faire suite à la dimension fonctionnelle nous allons à présent détailler la dimension culturelle que notre projet implique.

2.3.2. La dimension culturelle du changement organisationnel

Comme le précise M J.P. DUMONT au sein de son enseignement sur *la grande transformation hospitalière*, tout changement organisationnel comporte une dimension culturelle qui entraîne la modification des regards et des pratiques et « transformer la culture consisterait à se réfléchir et à engager une transformation à partir de cette réflexion sur soi »⁴⁸.

Dans cette optique nous mettrons successivement en exergue les deux aspects culturels majeurs qu'implique la mise en œuvre de notre projet à savoir en premier lieu une coopération obstétrico-pédiatrique dans le but de fluidifier les sorties de maternité, puis dans un second temps nous nous pencherons sur la coopération hôpital-secteur libéral, coopération à dynamiser afin de garantir et sécuriser la prise en charge aval des patientes et de leurs nouveau-nés quittant la structure hospitalière de manière anticipée.

2.3.2.1. Coopération inter-professionnelle obstétrico-pédiatrique

La baisse de capacité de la maternité nous incite fortement à majorer notre nombre de sorties anticipées afin de conserver des capacités d'hospitalisation complète permettant la gestion des flux patient.

Ces sorties étant spécifiques et encadrées, nous devons formaliser un protocole détaillant les modalités permettant ou contre-indiquant une sortie anticipée de maternité. Ce point indispensable doit se faire en lien avec nos collègues médecins responsables de la maternité, obstétriciens pour le versant maternel et pédiatres pour la partie néonatale.

Nous disposons depuis plusieurs années d'un protocole de sorties anticipées de maternité. Cependant ce dernier s'avérait trop lourd et restrictif au regard des besoins actuels de majoration du nombre de ces sorties. Il a donc été nécessaire de le repenser.

⁴⁸ DUMOND Jean-Paul, *Les organisations de santé : la grande transformation hospitalière*, IAE Gustave Eiffel, Université Paris-Est Créteil, p126, 2018

Le protocole pédiatrique rédigé par l'équipe de pédiatres de la maternité a été basé sur les recommandations actuelles de la haute autorité de santé (HAS) et s'adresse aux couples mère-enfant à bas risque tant sur le plan médical que psychique et social⁴⁹.

La partie maternelle de ce protocole a été revue et validée par le chef de service du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de POITIERS.

L'implication des sages-femmes qui seront chargées au quotidien d'organiser ces sorties est indispensable car la connaissance qu'elles auront du protocole et leur adhésion sont des conditions primordiales au succès du projet.

Dans cet objectif, nous avons organisé une réunion resserrée de service en présence de la directrice de pôle et du chef de service, des pédiatres de la maternité, des sages-femmes coordinatrices de proximité ainsi que des sages-femmes coordinatrices des sorties précoces retenues sur le profil de poste.

Cette réunion s'est tenue le 15 novembre 2018 et a permis d'explicitier et d'expliquer en détails les nouvelles modalités pédiatriques concernant à la fois les sorties précoces mais également les sorties dites standard. Des organigrammes de prise en charge pédiatrique ont été réalisés, expliqués puis complétés au cours de ces échanges.

A l'issue de ce temps ; les modalités pratiques encadrant les sorties précoces tant pour la mère que pour l'enfant sont claires, définies et connues, ce qui rend la mise en œuvre du protocole possible.

La diffusion des protocoles de service hors de la structure hospitalière n'est pas souhaitée par notre chef de service. Ainsi le protocole redéfinissant le cadre des sorties de maternité ne pourra être joint en annexe à ce travail.

A présent que nous avons mis en avant un modèle de coopération interprofessionnelle au sein de notre établissement dans un but commun, nous allons détailler le second aspect de la dimension culturelle à savoir la dynamisation des liens entre secteur hospitalier et libéral. En effet, les liens initiaux entre hôpital et professionnels sage-femme du secteur libéral restent informels et dépendent de situations ponctuelles. Il conviendra de formaliser les échanges autour de cette thématique des sorties anticipées, ce qui permettra indirectement d'induire une coopération globale sur d'autres problématiques (avis médicaux, relais social etc.).

2.3.2.2. Coopération hospitalo-libérale

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG nous font remarquer que les frontières entre l'organisation et son environnement ne sont pas étanches⁵⁰. Ils décrivent le concept de « *système d'action collective organisée* » qui n'enferme pas les jeux d'acteurs dans les limites de l'organisation. Ainsi l'accompagnement des personnels devra également se faire en favorisant une vision hors de notre organisation.

La connaissance des problématiques du secteur libéral par le secteur hospitalier mais également sa réciproque sont essentiels. Il s'agit de la notion de contexte partagé.

Dans l'optique de définir ce contexte partagé et dans un souci de mieux faire connaître à la fois le nouveau fonctionnement de notre structure mais également les problématiques partagées ; nous convions l'ensemble de nos consœurs sages-femmes libérales au sein du CHU de POITIERS pour une réunion d'échanges.

⁴⁹HAS, Recommandation de bonne pratique, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, mars 2014

⁵⁰CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Editions du seuil, 2011

Dans une réflexion commune avec le chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique et notre Directrice référente de pôle nous avons souhaité que cette réunion soit organisée au sein du grand amphithéâtre du CHU de POITIERS. Ce lieu adapté aux réunions dispose d'un confort certain et permet ainsi des échanges de qualité (système audio par exemple). Par ailleurs, à l'issue de la réunion de travail et afin de poursuivre les discussions dans un cadre moins formel nous proposons la tenue d'un brunch dans la salle adjacente à l'amphithéâtre.

La date est fixée au 12 décembre 2018 après envoi des invitations par voie électronique. Sont présents à cette réunion le chef de service de gynécologie et obstétrique, l'équipe pédiatrique de la maternité, les sages-femmes coordinatrices de proximité, les sages-femmes en charge de la coordination des sorties précoces ainsi que les sages-femmes libérales de la Vienne ayant pu se rendre disponibles.

Norbert ALTER nous apprend que « *la coopération (...) procure de la satisfaction et même parfois une intense satisfaction* »⁵¹. Cette réunion a été construite dans cet objectif et a permis de mieux connaître à la fois nos interlocuteurs mais également de préciser la nouvelle version du protocole obstétrico-pédiatrique ainsi que les attendus de prise en charge confiés au secteur libéral.

Nous avons également communiqué sur les moyens d'échanges qui seront mis à disposition (adresse mail spécifique, ligne téléphonique fixe et smartphone dédié aux coordinateurs des sorties).

Les attentes des professionnels libéraux ont été prises en compte et la possibilité de demande d'avis médicaux pour sécuriser la prise en charge globale a été définie. Le parcours patient aval a également été explicité avec la formalisation de l'envoi aux urgences pédiatriques de tout enfant chez lequel une pathologie est dépistée après retour à domicile.

Nos enseignements nous ont appris que la compétence est tributaire de savoirs issus de l'action ce qui est en accord avec les propos de Norbert ALTER qui précise qu'« *en échangeant avec les autres, on construit des liens. Ces liens permettent de faire circuler des informations, des connaissances (...).* »⁵²

Ainsi, forts de ces notions, nous proposons de pérenniser ces rencontres de manière régulière (proposition de rencontres trimestrielles) afin de gagner en efficacité, de permettre d'accroître les compétences des acteurs par la prise en compte des axes d'amélioration nés de l'expérience, mais également dans l'objectif de toujours favoriser les échanges et les interactions.

Nous venons de traiter successivement les deux aspects culturels qui sont mobilisés par notre projet de réorganisation. Nous allons à présent détailler la dernière dimension du changement organisationnel, à savoir la dimension politique.

2.3.3. La dimension politique du changement organisationnel

Selon COLLERETTE, DELISLE et PERRON⁵³, la résistance est « *le compagnon paradoxal de l'agent de changement, et celui-ci doit s'attendre à devoir fréquenter ce compagnon aussi longtemps qu'il sera porteur de changement* ». En effet, la peur de

⁵¹ALTER Norbert, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Ed. La Découverte, Paris, 2009

⁵² Ibid.

⁵³ COLLERETTE Pierre, DELISLE Gilles, PERRON Richard, *Le changement organisationnel : théorie et pratiques*, Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec, 1997

l'inconnu et la crainte de perdre ce que l'on connaît priment souvent sur le changement.

Un changement organisationnel entraîne des craintes légitimes liées par essence au fait de modifier ses pratiques ; craintes pouvant induire une certaine forme de résistance voire un blocage. « *Dès lors le changement ne pourra s'envisager positivement que lorsque les craintes et les résistances seront dépassées* ». ⁵⁴

Nous allons à présent détailler le versant politique tel que nous l'avons pris en compte dans notre projet managérial. Ainsi nous verrons en premier lieu les actions de communication menées en amont de l'implémentation de la nouvelle organisation. Nous détaillerons par la suite les réponses qui ont été apportées à un mouvement social de résistance au changement initié.

2.3.3.1. Les actions de communication amont

Comme nous l'avons précisé à plusieurs reprises dans notre exposé nous avons alloué une très grande importance à l'information des personnels et à la transparence la plus forte possible afin de permettre une appropriation de tous les enjeux et les attendus que le changement à mener implique.

Dans cet objectif, hormis l'utilisation de moyens de management participatif afin d'inclure les agents dans la réflexion organisationnelle, nous avons mené plusieurs entretiens avec les sages-femmes syndiquées de l'établissement afin d'éclairer leurs questionnements propres mais également ceux des personnels dont elles sont les relais.

Ces entretiens se sont déroulés au sein d'un bureau de coordination où notre préoccupation principale était d'argumenter les causes du changement mais également nos actions.

En effet, comme le précise G.-D. CARTON, « *un changement non argumenté n'est pas intégré. (...) L'argumentation peut se concevoir comme une négociation sur le fond et sur la forme du changement* ». ⁵⁵

Dans notre situation, l'argumentation du fond consiste en l'explication des raisons ayant conduit à la fermeture de lits. Le fait de reprendre ces éléments avec les représentants syndicaux apparaît essentiel et vital pour l'acceptation du projet à leur échelle. Il est cependant important de préciser qu'à notre niveau, nous ne disposons pas de marge de négociation sur cet élément étant donné qu'il s'agit d'une injonction provenant de la Direction Générale.

Concernant la négociation sur la forme, celle-ci est facilitée par l'utilisation d'un management participatif pour la définition de la nouvelle organisation fonctionnelle telle que détaillée dans le paragraphe 2.3.1.

En effet les représentants syndicaux ne peuvent que convenir de l'attention portée à l'avis des professionnels dans le cadre de ces réunions de travail.

C'est dans cette dynamique que nous avons été particulièrement attentifs aux difficultés rencontrées par les personnels dans les premières semaines de mise en œuvre du projet.

En effet, l'expérimentation réelle est le garant de l'efficacité des organisations.

Or les personnels ont rapidement fait part de leurs difficultés sur la période du début de journée lorsqu'une seule sage-femme se retrouvait seule au moment du départ

⁵⁴ MARSAN C., Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs ? Paris, De Boeck, 2008

⁵⁵ CARTON Gérard-Dominique, *Eloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*, Paris, Village Mondial, 1997

des sages-femmes de nuit. Cette difficulté nous a été rapportée par les représentants syndicaux le 3 décembre 2018.

Selon Jean Bouchart d'Orval, « *l'intelligence passe par l'écoute* ». Ainsi comme explicité dans le paragraphe 2.3.1.4 nous avons immédiatement décidé de revoir l'organisation horaire pour tester le second schéma qui avait été travaillé.

L'implémentation de ce schéma horaire a été effective pour le 6 décembre 2018 soit seulement 3 jours après avoir été informés de la difficulté.

La réactivité pour répondre à cette problématique nous paraît essentielle. Cela permet de témoigner à la fois de la prise en compte des préoccupations « de terrain » survenant suite à la fermeture des lits mais également au respect des propos tenus lors des groupes de travail qui prévoyaient des aménagements possibles en cas de difficulté.

Nous venons de mettre en exergue l'attention que nous avons porté à la dimension politique dans ce que nous pouvions contrôler et verbaliser.

Malgré les précautions que nous avons tenté de mettre en place, un mouvement social a eu lieu au sein de notre établissement.

2.3.3.2. Les réponses apportées à un mouvement social

Comme le précise M DUMOND Jean-Paul, la dimension politique est imprévisible⁵⁶. En effet, nous pouvons faire un lien entre cette imprévisibilité et l'imprévisibilité de l'activité obstétricale.

Pour rappel, la fermeture de 10 lits a été instaurée au 19 novembre 2018 et il s'avère que l'activité obstétricale du mois de novembre 2018 a été la plus forte depuis 15 ans avec 222 naissances mensuelles, la moyenne se situant à 200.

Un mouvement de grève porté par une intersyndicale a donc débuté le 5 décembre 2018 avec comme revendication un retour à la situation initiale de 40 lits et la réaffectation du personnel retiré.

Cette demande n'étant pas envisagée par notre direction, un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a été tenu le 7 décembre 2018.

Les propositions formulées par la Direction en lien avec les avis des coordinateurs sages-femmes (la réouverture des lits étant exclue de fait) ont concerné les trois catégories professionnelles concernées et sont détaillées dans le tableau suivant.

ASH		AP/AS		SF	
Demandes syndicales	Propositions Direction	Demandes syndicales	Propositions Direction	Demandes syndicales	Propositions Direction
Modification de l'horaire du soir avec fin de poste à 19h00	Demande acceptée en l'état	Recrutement de 2 AP affectée sur la maternité	Création d'une ligne de renfort de 7h du lundi au vendredi affectée sur le pool de pédiatrie et orientée en fonction de l'activité	Retour à 4 sages-femmes en 12 heures la journée	Création d'une astreinte sage-femme de 4h par jour mobilisable par l'Encadrement en fonction de l'activité
Réponse syndicale	Conforme à la revendication	Réponse syndicale	REFUS	Réponse syndicale	REFUS

⁵⁶DUMOND Jean-Paul, *Les organisations de santé : la grande transformation hospitalière*, IAE Gustave Eiffel, Université Paris-Est Créteil, p178, 2018

Les propositions formulées par la Direction Générale ayant été rejetées pour deux d'entre elles par l'intersyndicale, le préavis de grève arrivant initialement à échéance le 10 décembre a été prolongé au 17 décembre dans l'attente de nouvelles propositions.

Il est important de prendre en compte que la réflexion globale sur un mouvement social local s'inscrit dans son contexte et doit être parfois appréhendé et géré en fonction d'éléments macro.

Ainsi le climat social national très dégradé en cette fin d'année 2018 en France de par la mobilisation des « gilets jaunes » faisait craindre une montée en puissance du mouvement protestataire local. Le blocage de la maternité ne pouvant être envisagé par les instances dirigeantes de l'hôpital, de nouvelles propositions ont été formulées par la Direction Générale à l'intersyndicale à la date du 12 décembre 2018.

Le corps des ASH ne faisant plus l'objet de négociations, nous ne l'avons pas intégré au tableau suivant.

AP/AS		SF	
Demandes syndicales	Propositions Direction	Demandes syndicales	Propositions Direction
Recrutement de 2 AP affectée sur la maternité	Création d'une ligne de renfort de 7h du lundi au dimanche affectée sur le pool de pédiatrie	Retour à 4 sages-femmes en 12 heures la journée	Création de ligne de renfort de 7h du lundi au dimanche
Réponse Syndicale	ACCORD	Réponse syndicale	ACCORD

Suite à l'accord des organisations syndicales aux propositions énoncées lors de cette seconde proposition, nous avons dû à notre niveau réinsérer une ligne de planning supplémentaire concernant les auxiliaires de puériculture. Le pool de pédiatrie disposant de professionnels qualifiés et en nombre, le recrutement n'a en aucun cas été problématique ; le bureau des recrutements de la direction des ressources humaines (DRH) se chargeant de recruter des professionnels.

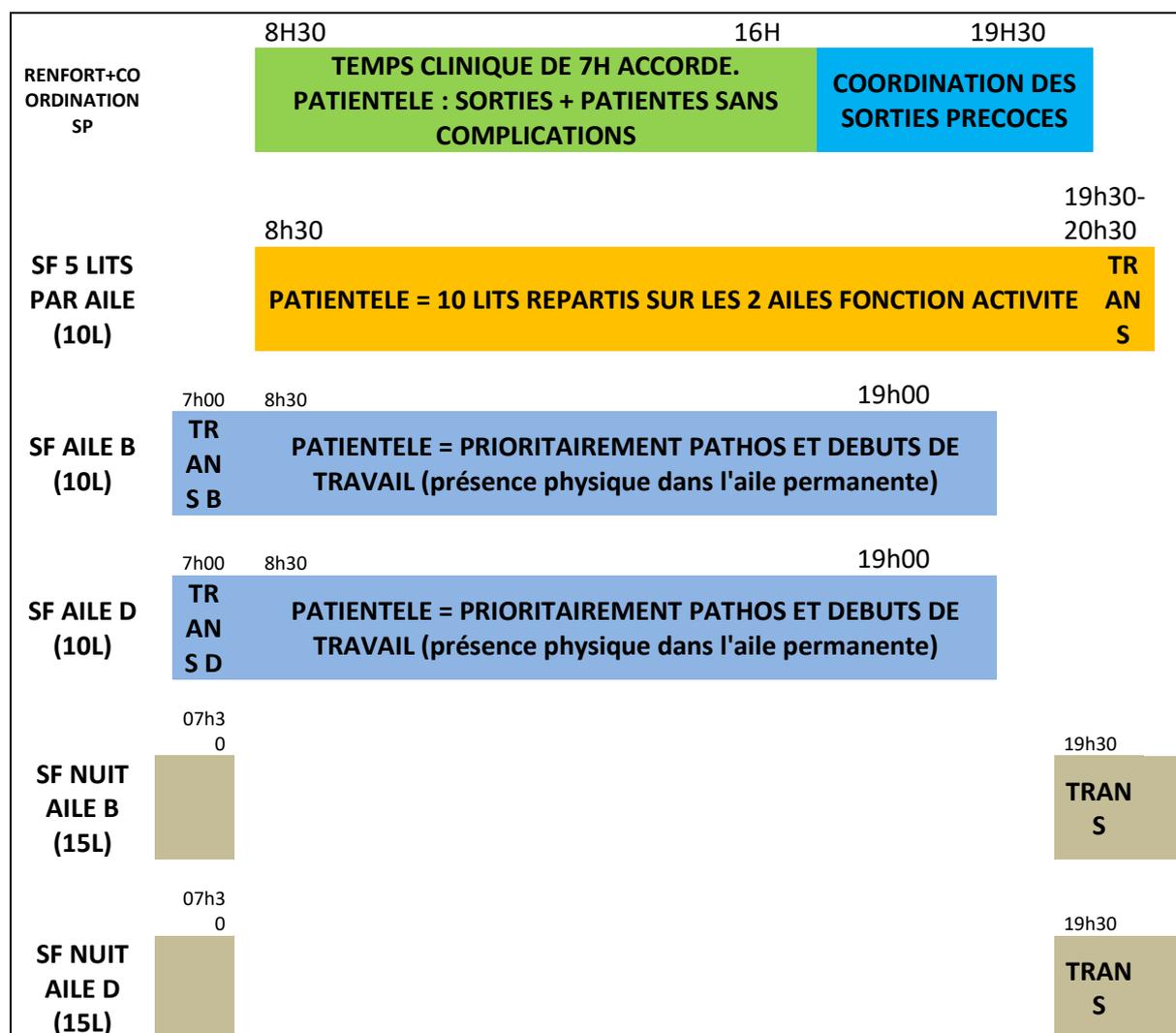
Concernant les sages-femmes il nous appartenait de formaliser une organisation pour intégrer le temps de renfort accordé.

Dans un souci d'efficacité et de gestion optimisée des personnels, nous avons fait le choix de fusionner le temps de coordination des sorties précoces détaillé dans le paragraphe 2.3.1.4. avec ce nouveau temps de renfort. Cela dans l'objectif opérationnel de réussir à faire fonctionner un planning n'utilisant que deux professionnels pour une présence 7j/7.

En effet le fait de fonctionner avec des temps séparés nous aurait contraint à devoir disposer de deux sages-femmes pour assurer une présence 6j/7 sur le temps de coordination et deux autres sages-femmes sur le temps de renfort 7j/7 soit quatre professionnels, ce qui d'un point de vue gestion RH n'apparaissait pas satisfaisant.

Nous avons ainsi créé une présence en 10h30 du lundi au samedi associant le temps de renfort clinique avec le temps de coordination puis le dimanche une présence horaire de 7h correspondant au temps clinique de renfort.

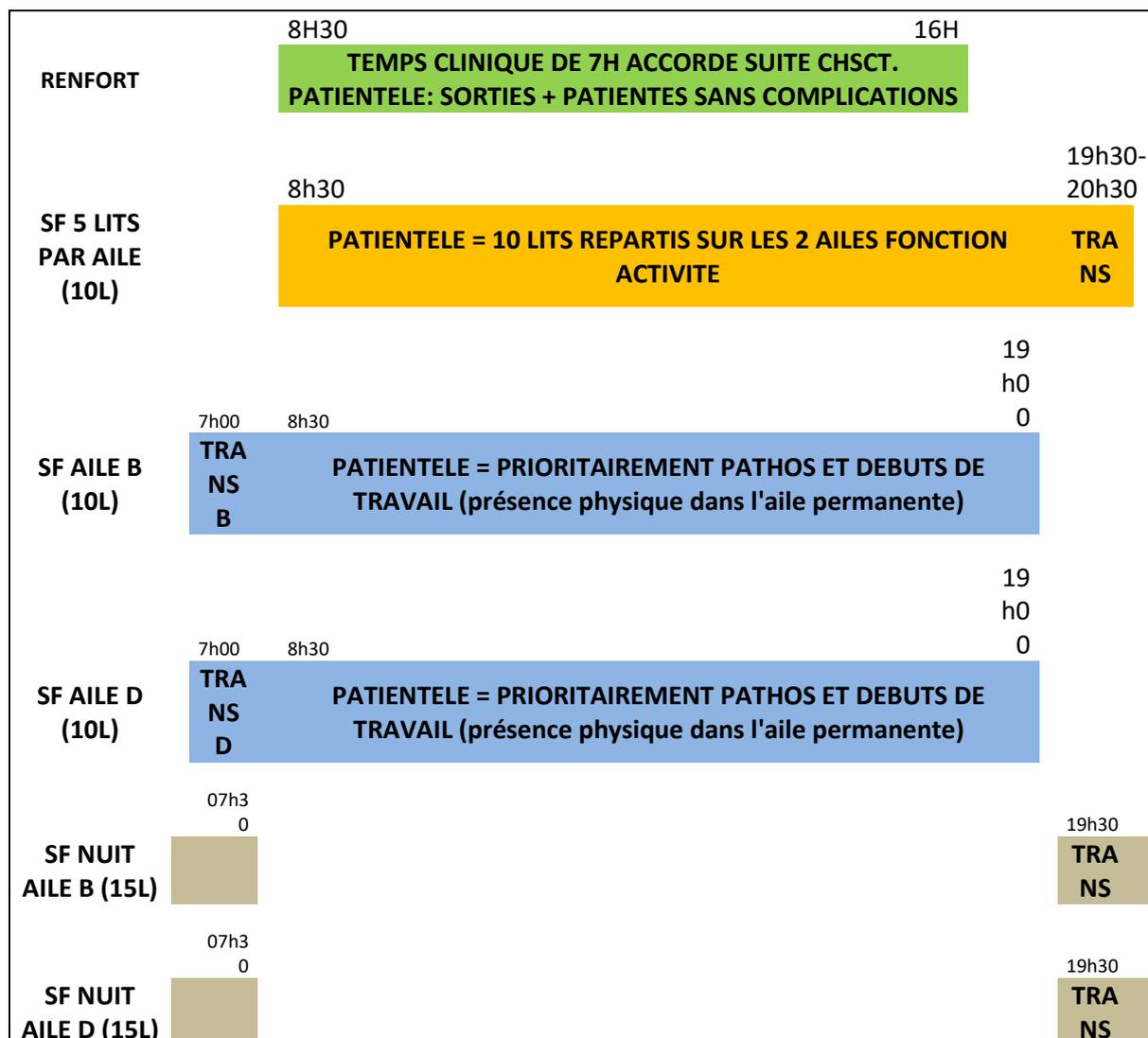
L'organisation nouvellement définie du lundi au samedi est présentée dans le schéma suivant.



Cette organisation permet en confiant les sorties à la sage-femme présente sur le temps de renfort clinique de la rendre disponible dès 16h pour assurer le temps de coordination. Ceci permet une séparation des tâches, libérant les SF cliniciennes des sorties et libérant la SF renfort des prises en charge les plus chronophages (début de travail, déclenchements, etc.).

Concernant le dimanche, l'organisation reste la même sans prendre en compte de temps de coordination.

Elle est définie dans le schéma suivant.



Concernant le versant RH nous avons pu grâce à la création de ce temps clinique prolonger le contrat d'une SF contractuelle, contrat initial qui arrivait à échéance le 5 janvier 2019.

Les organisations syndicales ainsi que les SF ayant accueillis ces éléments de manière positive, le préavis de grève a été levé et l'atmosphère au sein du service a pu s'apaiser permettant un climat de travail plus serein à la fois pour le personnel mais également pour les patientes et leurs nouveau-nés.

Nous venons dans cette seconde partie de détailler et expliquer les différentes dimensions de la conduite de notre projet managérial. La commande de la Direction Générale a ainsi pu être mise en œuvre dans les délais souhaités.

Notre réflexion propre nous a tout de même conduit à remarquer que le délai extrêmement court demandé a été source de nombreuses difficultés. En effet la soudaineté de l'annonce et la rapidité de la mise en œuvre ont instauré un climat de tension qui a contribué et favorisé l'émergence du conflit social que nous avons connu par la suite.

Sur un versant purement managérial les réflexions, rédactions, concertations, propositions et actions ont été source d'une surcharge de travail importante qui a demandé un investissement majeur.

Nous allons, à présent que notre projet est mené dans sa phase opérationnelle à travers les différentes dimensions du changement que nous avons développées, pouvoir évaluer notre action que ce soit en termes de réponse à la demande de majoration du taux d'occupation, en termes de qualité de vie au travail (QVT) à travers le suivi du taux d'absentéisme mais également sur l'évolution du niveau de satisfaction des usagers.

3. Evaluation à distance : suivi des indicateurs de performance

Il est essentiel de pouvoir évaluer son action à posteriori afin de pouvoir mener les mesures correctrices éventuellement nécessaires.

Les indicateurs que nous nous proposons de mettre en exergue concernent les axes à évaluer quant à la commande initiale de la Direction Générale à savoir le taux d'occupation de la maternité mais également la DMS.

Il sera également important de connaître les éventuels retentissements sur la QVT ; c'est pour cela que nous nous intéresserons également à l'évolution du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire après la fermeture des 10 lits.

Enfin nous nous proposons pour terminer de réaliser un focus sur la satisfaction des usagers qui a potentiellement pu évoluer.

3.1. Le taux d'occupation de la maternité

Suite à la fermeture des 10 lits de la maternité, notre activité étant stable, nous avons bien sûr mathématiquement pu constater une forte augmentation du taux d'occupation.

A titre de rappel et comme précisé dans le paragraphe 1.1.2., le taux d'occupation observé sur les périodes du 1^{er} janvier au 31 octobre des années 2017 et 2018 était de 75%.

Nous avons instauré en lien avec notre service de contrôle de gestion un suivi resserré du taux d'occupation. Les résultats de ce taux sont rapportés dans le tableau suivant, par aile de maternité puis en globalité, et concernent la période s'étalant du 19 novembre 2018 au 20 avril 2019.

	AILE D	AILE B	GLOBAL
NOVEMBRE 2018	111%	120%	115%
DECEMBRE 2018	98%	111%	104%
JANVIER 2019	100%	111%	105%
FEVRIER 2019	104%	116%	110%
MARS 2019	100%	103%	101%
AVRIL 2019	110%	87%	98%

Ainsi nous pouvons constater que le taux d'occupation est structurellement de manière quasiment permanente supérieur à 100%. Ce taux ne peut être considéré comme satisfaisant car il induit une ouverture obligatoire de chambres supplémentaires censées être fermées pour pouvoir juguler le flux patient. Cela provoque de manière réactionnelle un travail à flux tendu à la fois facteur de risques

psycho-sociaux pour le personnel mais également à risque d'impact sur la qualité du care prodigué aux patientes et aux nouveau-nés.

Nous sommes en effet bien au-delà du taux d'occupation optimal de 85% défini par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)⁵⁷ dans leurs travaux concernant l'efficience hospitalière, taux qui permet un turn-over efficient tout en conservant une capacité d'accueil du flux patient en lien avec un potentiel pic d'activité imprévisible inhérent aux services d'urgence.

Nous allons à présent pouvoir mettre en relief l'évolution de notre durée moyenne de séjour.

3.2. La durée moyenne de séjour

Nous nous proposons de réaliser une analyse de cet indicateur en comparant les résultats sur le premier trimestre des années 2018 et 2019. Il nous apparaît en effet pertinent de raisonner sur une situation cumulée sur au minimum 3 mois au regard des fluctuations possibles en termes de nombre de dossiers complexes pouvant majorer ponctuellement une durée moyenne de séjour.

Les résultats fournis par aile d'hospitalisation sont donnés dans le tableau suivant. Ils sont détaillés à la fois en durée globale en jours d'hospitalisation par unité mais également en durée par catégorie de groupes homogènes de malades (GHM) sur les séjours d'accouchements et de césariennes.

	1^{er} janvier au 31 mars 2018	1^{er} janvier au 31 mars 2019
DMS (jours) Globale Aile D	3.7	3.7
DMS (jours) Globale Aile B	3.9	3.9
DMS (jours) par catégorie de GHM Accouchements	4.2	3.9
DMS (jours) par catégorie de GHM Césariennes	5.6	5.7

Ce tableau permet de mettre en exergue le fait que globalement la durée moyenne de séjour n'a pas diminuée suite à la fermeture de lits.

Cependant en comparant les DMS par GHM nous constatons une baisse notable de la DMS des accouchements par voie basse.

Nous avons voulu comprendre la raison pour laquelle la DMS globale n'avait pas évolué. Cela est en rapport avec notre fonctionnement administratif initial qui englobait l'intégralité des séjours en maternité quel que soit le diagnostic d'hospitalisation. Ainsi le séjour d'une patiente hospitalisée en maternité pour une grossesse pathologique (par essence d'une durée significative) en raison d'une absence de place disponible dans le service dédié impactait la DMS globale de la maternité.

Nous avons suite à ce constat modifié notre fonctionnement administratif en permettant que ces séjours soient à présent considérés comme des hébergements en maternité dans l'attente d'un transfert dans le service dédié.

Nous pourrons ainsi les différencier des séjours de suites de naissance et obtenir une DMS globale uniquement représentative des séjours de maternité. L'évolution de ces

⁵⁷Direction Générale de l'offre de soins, Fiche 2-5 : le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète, avril 2016

chiffres ne pourra être visible qu'à compter du 1^{er} avril, date à laquelle cette modification a été effectuée.

Nous venons de détailler les indicateurs qui reflètent les résultats issus de la commande de la Direction Générale. Nous avons pu remarquer que la demande était satisfaite sur ces deux indicateurs.

Cependant les réserves que nous avons émises sur la QVT et la satisfaction patient restent à évaluer.

3.3. L'évolution du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire

Pour disposer des données exactes concernant cet indicateur nous avons fait appel au secteur statistique et suivi budgétaire de la Direction des Ressources Humaines après discussion avec le Directeur.

Pour obtenir une comparaison pertinente nous avons demandé les données concernant le pourcentage d'agents absents, la durée moyenne d'absence ainsi que le taux d'absence sur une période témoin à savoir le dernier trimestre 2017 ; chiffres que nous comparerons avec ceux du dernier trimestre 2018 et du premier trimestre 2019.

Les données agents globalisent les corps des ASH, AP-AS et SF et sont recensées dans le tableau suivant.

	2017			2018			2019		
	Oct.	Nov.	Déc.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars
Pourcentage d'agents absents	9.7%	8.3%	15.2%	15.8%	12.7%	10.9%	18.9%	17.4%	14.1%
Durée moyenne d'absence (Jours)	20.6	12.8	10.1	17.3	16.3	14	6.1	6.7	15.7
Taux d'absence	5.53%	2.70%	3.84%	8.57%	6.57%	4.56%	3.33%	3.87%	7.10%

L'analyse de ces données permet de constater que la fermeture des lits et sa conséquence en termes de diminution RH ont eu des effets péjoratifs sur l'absentéisme.

En effet le pourcentage d'agents absents a subi une hausse très importante dès décembre 2018 ; pourcentage n'ayant jamais diminué à moins de 10%.

Nous constatons par ailleurs que le taux d'absence a quant à lui augmenté avant de regagner des valeurs similaires à l'année 2017. Nous pouvons expliquer ce phénomène par le fait que les absences sont plus nombreuses en termes de personnes absentes mais que la durée de chaque arrêt est moindre comparée à la durée enregistrée en 2017.

L'augmentation subite du taux d'absence sur le mois de mars est à analyser avec prudence au regard de la courbe épidémiologique de l'épidémie de grippe qui a affecté le nord de la Nouvelle-Aquitaine au mois de mars.⁵⁸

L'évolution de l'absentéisme reste un point important de vigilance. Les augmentations constatées peuvent être dues au mouvement social déjà développé mais également

⁵⁸Santé Publique France, bulletin épidémiologique grippe, saison 2018-2019

à la phase d'appropriation du changement. Un recul plus important est nécessaire sur cet indicateur.

A titre de comparaison, selon la fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques (iFRAP), le taux moyen d'absentéisme du personnel non-médical des CHU pour l'année 2013 était de 5,93%.⁵⁹ Nous pouvons ainsi remarquer que le CHU de POITIERS se situe positivement avec un taux d'absentéisme globalement moins important que la moyenne nationale des CHU.

Le dernier indicateur de performance que nous allons évaluer concerne l'évolution de la satisfaction des usagers.

3.4. La satisfaction des usagers

Le taux de satisfaction des patientes est un indicateur important dans la perception de la qualité des soins par l'utilisateur de santé.

Nous disposons sur notre établissement d'un questionnaire de satisfaction propre à la maternité et remis en routine à toutes les patientes hospitalisées. Ce questionnaire dispose de la particularité d'évaluer également la satisfaction du père, acteur souvent oublié dans cette démarche.

Nous nous sommes ainsi mis en relation avec la Direction Qualité, Pertinence, Patient de notre établissement pour obtenir les chiffres de satisfaction sur l'année 2018 et sur le premier trimestre 2019 (requête faite en avril 2019). Ces données étant annualisées, il nous a été impossible de les obtenir sur une fraction isolée de l'année 2018.

Les résultats en pourcentage de satisfaits sont reportés dans le tableau suivant.

	2018	2019
MERE	86%	87%
PERE	86%	86%

Nous pouvons ainsi constater que la satisfaction globale des patientes et de leurs conjoints n'a pas été modifiée depuis la réorganisation de la maternité. La littérature ne permet pas de comparatif pertinent au regard de la multiplicité des critères évaluables et de la variation des critères évalués. Le choix de chaque institution de privilégier certains critères ne rendant pas les données comparables.

Il nous a cependant semblé pertinent, au regard de la nécessité organisationnelle de raccourcir les séjours physiologiques, de comparer la perception des usagers quant à la durée de séjour. Nous avons ainsi demandé l'extraction du taux de patientes tout à fait satisfaites en 2018 et 2019 sur le critère spécifique « *la durée de séjour en maternité vous a semblé suffisante* ». Les taux sont rapportés dans le tableau suivant.

	2018	2019
Taux de patiente pour qui la durée de séjour a semblé tout à fait suffisante	90%	79%

Nous constatons une nette diminution du taux de satisfaction des usagers depuis la fermeture des lits et donc la nécessité de facto de réduire la durée des séjours physiologiques.

⁵⁹ARNAULT C., GORRERI S., *Hôpitaux, le palmarès de l'absentéisme*, iFRAP, février 2016

La littérature nous renseigne sur les données générales concernant cette satisfaction, données que nous pouvons comparer au regard de l'isolement de ce critère. Ainsi, une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalisée sur 2656 femmes rapporte un taux de 93% de femmes jugeant leur séjour en maternité suffisamment long⁶⁰. Une seconde étude portant sur 424 patientes corrobore ce chiffre avec un taux de patientes estimant leur séjour en maternité suffisant à 95,2%.⁶¹

Nous pouvons ainsi remarquer que notre résultat sur ce critère est bien inférieur à ceux rapportés dans la littérature. Il conviendra de réévaluer ce taux à distance pour écarter un biais éventuel en lien avec le mouvement social (et ses relais dans la presse locale) précisé dans le paragraphe 2.3.3.2.

Nous venons de détailler 4 indicateurs de performance permettant d'évaluer notre action à trois mois de sa mise en œuvre. Nous avons pu mettre en exergue que cette action a répondu à la demande initiale émanant de la Direction Générale. Cependant des points de vigilance concernant la QVT et la satisfaction des usagers sont constatés et doivent faire l'objet d'un suivi et d'une réévaluation à plus long terme.

⁶⁰COLLET Marc, Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, DRESS, N° 660, Septembre 2008

⁶¹BRANGER B, LE COZ F, GILLARD P, MEROT E, WINER N, *Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Paris, N° 43, p361-370, 2014

CONCLUSION

Mener ce projet managérial et accompagner sa mise en application furent pour nous des expériences extrêmement instructives et dynamisantes.

A notre sens, les conditions en termes de délai de mise en place avec lesquelles nous avons dû agir ne correspondaient pas aux conditions optimales pour mener un tel projet de manière sereine.

Cependant, malgré ces difficultés, nous avons pu implémenter une nouvelle organisation et accompagner les professionnels dans cette évolution.

Ce projet a ainsi permis de valoriser certains professionnels en leur permettant une évolution de carrière, mais également de resserrer les liens entre notre maternité et le secteur libéral. Ce point extrêmement positif représente une dynamique bientôt incontournable au regard de la nouvelle place de l'hôpital dans notre système de santé.

Il apparaît que le projet détaillé dans ce travail s'inscrit dans le cadre d'une étape grâce à une proposition émanant du service. Cette perspective, telle qu'explicitée dans notre projet d'établissement pour la période 2019 à 2023 « *Votre santé, notre engagement* », acte la création d'une unité Kangourou au sein de la maternité. Actuellement parmi les 3 CHU de la région Nouvelle-Aquitaine, seul le CHU de BORDEAUX dispose d'une unité Kangourou.

Nous sommes à notre niveau réellement satisfaits de faire partie d'une structure dynamique et en perpétuelle évolution. Le changement induit par le dynamisme est nécessaire et bénéfique.

Le service de maternité dispose d'un impact fort en termes d'image auprès de la population. Une atmosphère agréable ainsi que la présence bienveillante de professionnels disponibles, qui plus est en lien avec la création d'une unité de soins pédiatriques ne pourront qu'apporter une plus-value d'adhésion au CHU de POITIERS de la part des futurs parents.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ALTER Norbert, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Ed. La Découverte, Paris, 2009, 238 pages
- AMAR Patrick, *Psychologie du manager : pour mieux réussir au travail*, Ed. DUNOD, p 79, 2012, 246 pages
- BOUTINET Jean-Pierre, *Psychologie des conduites à projet*, Paris, Ed. Puf, coll. « Que sais-je ? », juin 2014, 128 pages
- CARTON Gérard-Dominique, *Eloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*, Paris, Village Mondial, 1997, 256 pages
- COLLERETTE Pierre, DELISLE Gilles, PERRON Richard, *Le changement organisationnel : théorie et pratiques*, Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec, 1997, 173 pages
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Editions du seuil, 2011, 512 pages
- FAUVET Jean-Christian, Kea & Partners, *L'élan socio dynamique*, Les éditions d'organisation, 2004, 368 pages
- MARSAN Christine, *Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* Paris, De Boeck, 2008, 290 pages
- RICOU Juliette, MOISSONNIER Valérie, *Pro en conduite du changement*, Paris, Ed. Vuibert, 2018, 208 pages
- SIMMAT Gérard, *L'hôtel-Dieu de Poitiers*, Editions Les idées qui font grandir, octobre 2015

REVUES/RAPPORTS

- Académie de médecine, *Rapport : De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités*, Paris, 18/09/2018
- ARS Nouvelle Aquitaine : *Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle Aquitaine*, mars 2018
- ANACT, *10 questions sur la conduite des projets de transformation*, 2017
- BAILLOT Audrey, EVAÏN Franck, *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*, DREES, N°814, octobre 2012

- COLLET Marc, Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, DRESS, N° 660, Septembre 2008
- CUSSET Pierre-Yves, *Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France*, France stratégie, juin 2017
- Direction Générale de l'offre de soins, Fiche 2-5 : *le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète*, avril 2016
- Haute Autorité de Santé, Recommandation de bonne pratique, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, mars 2014
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovation et système de santé*, 2016
- Livre Blanc du CHU de POITIERS, mars 2018
- Santé Publique France, bulletin épidémiologique grippe, saison 2018-2019

ARTICLES

- ARNAULT C., GORRERI S., *Hôpitaux, le palmarès de l'absentéisme*, iFRAP, février 2016
- BERKANE N., *Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, N°44, p119-125, 2015
- BRANGER B., FLAMANT C., *Les types de soins en néonatalogie dans le réseau « Sécurité Naissance »*, Réseau Sécurité-Naissance Pays de la Loire, Septembre 2011
- BRANGER B, LE COZ F, GILLARD P, MEROT E, WINER N, *Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Paris, N° 43, p361-370, 2014
- BRUN Jean-Pierre, DUGAS Ninon, *La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens*, Gestion, Vol.30, p 85, 2005
- COCH Lester, FRENCH John Jr, *Overcoming resistance to change*, in Human relations, 1947
- COULM B., BLONDEL B, *Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France*. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. N° 42 p 76-85, 2013

- DE KERVASDOUE Jean, *Innovation et organisation hospitalière*, La presse Médicale, Elsevier Masson, p381-382, 2015
- DORMONT Brigitte, MARTINS Joaquim, PELGRIN Florian, SUHRCKE Marc, *Health expenditures, longevity and growth*, in *Ageing, health and productivity*, Oxford University Press, novembre 2010
- JEANNEROT DUMOUCHEL Nathalie, *La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif*, Dans @GRH N°11, Ed. De Boeck Supérieur, p 7-29, 2014
- LAWRENCE P. et LORSCH J., *Differentiation and integration in complex organizations*, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 12, p1-47, 1967
- Maslow A. H., *Theory of human motivation*, *Psychological Review*, n° 50, p 370-396, 1943
- PORTELLA Eduard, BARRUBES Joan, *Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ?* *Santé publique*, volume 27, p 5-6, janvier 2015
- SCHWARTZ Shalom, *Les valeurs de base de la personne : théorie, mesure et applications*, *revue française de sociologie*, Ed. Technip & Ophrys, volume 47, p929-968, 2006
- STUDER Nicolas, *Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?* *Economie et statistique*, N°455-456, p 175-202, 2012

TEXTES LEGISLATIFS

- Arrêté N°2018-188 du 11 décembre 2018 relatif aux bilans quantifiés de l'offre de soins pour les activités de soins relevant du schéma régional de santé de la région Nouvelle-Aquitaine
- Décret 72-162 du 21/02/1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement
- Décrets 98-899 et 98-900 du 09/10/1998 relatifs 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

COURS RÉFÉRENCÉS

- BENMAKHLouF Ali, Cours Référencé UE 1 Compétences transverses au management des organisations de santé, ECUE 2 Appréhender les questions de l'éthique contemporaine, *Principe de précaution et vaccination, un enjeu de santé publique ?* Université Paris-Est Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, Février 2019

- DUMOND Jean-Paul, Cours Référencé UE 1 Compétences transverses au management des organisations de santé, ECUE 3 Transformer les organisations, *Les organisations de santé : la grande transformation hospitalière*, IAE Gustave Eiffel, Université Paris-Est Créteil, Ecole Supérieure Montsouris, 2018
- MARCHAND Xavier, Cours référencé UE 2 Management des soins, ECUE 3 Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences soignantes, Ecole Supérieure Montsouris, 2018-2019

WEBGRAPHIE, Sites consultés en ligne

- Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/>
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation : <https://www.atih.sante.fr/>
- <https://www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere>
- Institut National de la Statistique et des études économiques : bilan démographique 2018 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1912926>
- <https://www.scopesante.fr>

PRESSE

- La Nouvelle république, Publié le 03/04/2015 : <https://www.lanouvellerepublique.fr/vienne/qui-se-souvient-de-l-hotel-dieu-a-poitiers>

TABLE DES ANNEXES

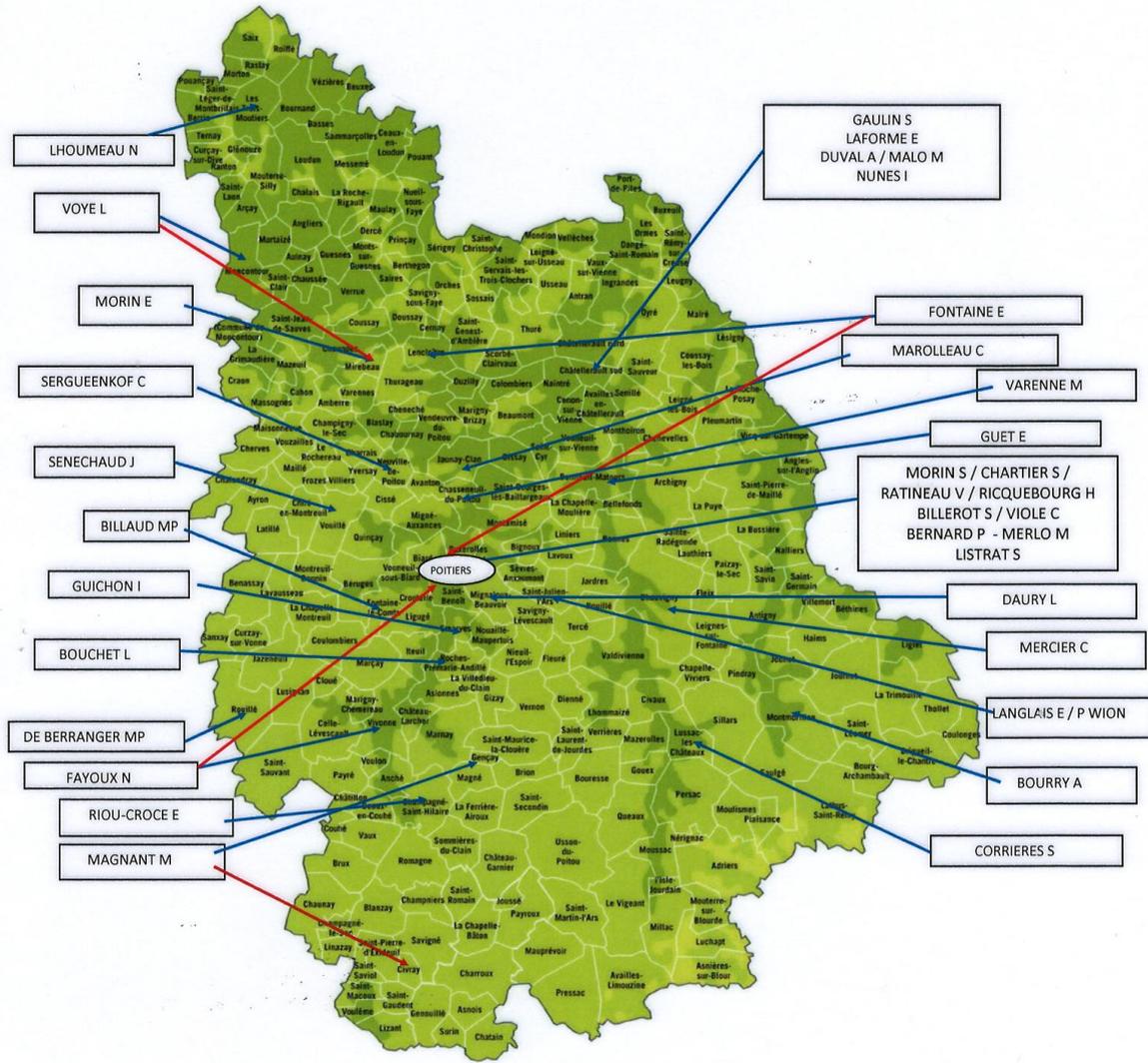
ANNEXE 1 : Cartographie des Sages-Femmes de la Vienne

ANNEXE 2 : Page de garde Projet Etablissement 2019-2023

ANNEXE 3 : Projet Etablissement 2019-2023 relatif à l'unité Kangourou

ANNEXE 1

CARTOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE LA VIENNE



Légende :

Cabinet principal →

Cabinet secondaire →

ANNEXE 2

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS

2019
2023

Votre santé, notre engagement !

 **CHU**
de Poitiers

www.chu-poitiers.fr

ANNEXE 3

Extension du centre de dialyse

Nous allons augmenter la capacité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse compte tenu du nombre croissant de patients atteints par cette pathologie. Nous allons aussi améliorer sensiblement la qualité de vie de ces personnes puisque l'augmentation des places de dialyse nous permettra de proposer des horaires le jour et non en soirée comme c'est encore le cas aujourd'hui.

Création d'une unité Kangourou

Il peut arriver, après la naissance, qu'un nouveau-né ait besoin de soins supplémentaires pendant quelques jours. Comme il est indispensable que la mère puisse rester à ses côtés et prendre soin de son bébé, nous proposerons plusieurs chambres dans une unité dite Kangourou, aménagée spécialement pour que la mère puisse rester quelques jours aux côtés de son enfant hospitalisé.



Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@18-19

TITRE DU DOCUMENT	
La diminution capacitaire comme moteur du changement organisationnel	
AUTEUR	
Mathieu CHEVALET	
MOTS CLÉS	KEY WORDS
organisation – diminution – capacité – taux d’occupation – durée moyenne de séjour – coordination - réseau	organization – reduction – bed capacity – occupancy rate – average length of stay – coordination – care network

RÉSUMÉ
<p>L’objectif principal de notre projet est de répondre à une demande institutionnelle de réduction de capacité de notre service de maternité par la fermeture de dix lits sur quarante existants. La maternité dispose de 2 ailes de prise en charge des parturientes à terme ainsi que des accouchées et leurs nouveau-nés dans les premiers jours de vie. Ces services ont été intégralement repensés il y a quelques années et la capacité d’accueil a été actée à vingt lits par aile soit quarante lits au total. Ce dimensionnement a été pensé dans l’objectif d’un rayonnement et d’une attractivité plus importants en lien avec cette nouvelle structure.</p> <p>Malheureusement, nous assistons depuis plusieurs années à une baisse conjoncturelle du nombre de naissances en France (-12 500 naissance en moyenne par an) à laquelle nous n’échappons pas. Notre maternité n’a ainsi pas augmenté son nombre de naissance mais cette nouvelle structure nous a tout de même permis de maintenir notre activité à un niveau stable. Cependant cette activité ne permet pas un taux d’occupation satisfaisant puisque ce dernier n’était que de 75% lors des 6 premiers mois de l’année 2018.</p> <p>Dans ce contexte, il a ainsi été souhaité par la Direction Générale une diminution capacitaire afin d’améliorer le taux d’occupation et en parallèle de diminuer la durée moyenne de séjour en maternité qui s’avère être légèrement supérieure à la moyenne nationale.</p> <p>Notre première mission sera la mise en œuvre organisationnelle en supprimant 5 lits par aile de maternité et en réduisant les ressources humaines en lien avec cette suppression. Nous participerons également à la simplification du protocole pédiatrique de sortie de maternité lors de réunions médicales multidisciplinaires. Il nous incombera aussi de favoriser et dynamiser la coopération entre notre hôpital et nos consœurs sages-femmes libérales pour formaliser le parcours patient ; ceci dans l’objectif de majorer le nombre de sorties précoces mais également de diminuer la durée moyenne de séjour. Enfin nous détaillerons les réponses apportées à un mouvement social.</p> <p>Nous évaluerons nos résultats en suivant la dynamique du taux d’occupation de la maternité, de la durée moyenne de séjour mais également du taux d’absentéisme des soignants et de la satisfaction des usagers.</p>

ABSTRACT
<p>The main objective of this project is to respond to the request of the board of hospital in which expects a capacity reduction of the maternity’s care unit by 10 beds out of 40. There are two care units for new and expectant mothers as well as their newborn. A few years ago, a complete renovation with the aim of enhancing our attractiveness and influence led the global capacity to 40 care beds, 20 per unit.</p> <p>Unfortunately, for several years now, we have seen in France a lower birth rate (12 500 fewer births a year on average) which also affects us. The number of births in the maternity did not increase but this new structure preserved our level of activity. However, our global activity does not guarantee a satisfying occupancy rate. Indeed, during the first six months of 2018, this rate was only 75%. In this context, our hospital board decided to decrease capacity in order to improve occupancy rate and reduce the length of obstetric hospital stays which is slightly above national average.</p> <p>Our first assignment for this project will be to implement a new organization by suppressing 5 beds per unit and by reducing human resources in connection with this suppression. We also have to contribute to the simplification process of the new pediatric discharge protocol from the maternity during interdisciplinary medical meetings. Then we must empower and consolidate the cooperation between the hospital and independent midwives to formalize the patient pathway. This cooperation would increase the number of early discharges and reduce the length of obstetric hospital stays. Finally, we will describe our responses to an industrial action that took place.</p> <p>We will quantify our results by monitoring occupancy rate and length of hospital stay. Also, we will monitor the evolution of medical staff absenteeism and patient satisfaction rates.</p>