

Master 2 Management Sectoriel Parcours Management des Organisations Soignantes

2015-2016

ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION D'UN SERVICE DE MATERNITÉ VERS UN CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ

UE 3 - ECUE 3.2

SCHOTTER
FANNY

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
1. LE PROJET DANS SON CONTEXTE.....	8
1.1 Le contexte national : l'obstétrique en France	8
1.1.1 La législation et les plans relatifs à la périnatalité	8
1.1.2 La diminution du nombre de maternités	9
1.1.3 La tarification déficitaire	12
1.1.4 Le développement des sorties précoces	13
1.1.5 La démographie médicale sous tension	14
1.1.6 La stagnation des indicateurs de périnatalité	14
1.2 Le contexte régional.....	15
1.2.1 La situation régionale spécifique	15
1.2.2 L'offre de soins régionale en périnatalité	18
1.3 Le contexte local	20
1.3.1 Présentation du territoire	20
1.3.2 Présentation de l'établissement	22
1.3.3 Présentation du service de Maternité	26
1.4 Les caractéristiques d'un Centre Périnatal de Proximité	31
2. LA CONDUITE DU PROJET	33
2.1 Les objectifs du projet et son calendrier	33
2.2 L'analyse de l'existant.....	35
2.2.1 L'offre libérale de la filière femme/mère/enfant du secteur	35
2.2.2 L'offre actuelle de consultations du centre hospitalier	35
2.2.3 L'étude réalisée dans certains centres périnatals de proximité	37
2.3 L'analyse des besoins.....	39
2.4 Les deux scénarios proposés	40
3. LA GESTION MANAGÉRIALE DU PROJET	42
3.1 La dimension sociétale et symbolique du lieu de la naissance..	42
3.1.1 La maternité: une empreinte sociétale particulière.	43
3.1.2 Sociologie et singularités du métier de sage-femme	44

3.2 La gestion du changement	47
3.2.1 Comprendre le changement	48
3.2.1.1 Définition du changement.....	48
3.2.1.2 Diagnostic du changement et de l'existant	48
3.2.1.3 Impacts identitaires d'une restructuration.....	51
3.2.2 Les prérequis au changement.....	54
3.2.2.1 Anticiper et donner du sens au changement.....	54
3.2.2.2 Appréhender les phases de deuil et de résistances	55
3.2.2.3 La posture du manager dans l'accompagnement.....	57
3.2.3 Mettre en œuvre le changement	58
3.2.3.1 Enclencher le processus de deuil	58
3.2.3.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	59
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	64
TABLE DES ANNEXES	68

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AMA	Assistante Médico Administrative
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHB	Centre Hospitalier de Beauvais
CHCO	Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNG	Centre National de Gestion
CPOM	Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CREF	Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHPSO	Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile

HAS	Haute Autorité de Santé
ICF	Indice Conjoncturel de Fécondité
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIG	Mission d'Intérêt Général
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PRADO	Programme d'Accompagnement au retour à Domicile
PRE	Plan de Retour à l'Équilibre
PRS	Projet Régional de Santé
RH	Ressources Humaines
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR	Soins de Suites et de Réadaptation
T2A	Tarifification A l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

« Mieux vaut prendre le changement par la main avant qu'il ne nous prenne par la gorge. »

Winston Churchill

INTRODUCTION

Sous l'égide des politiques de santé, les restructurations hospitalières se sont accélérées ces dernières années et ne sont pas encore arrivées à leur terme. Elles sont mises en place par contraintes de l'efficacité, de la sécurité des soins et d'une démographie médicale tendue. Le domaine de l'obstétrique n'est pas épargné et des fermetures de maternités sont encore à prévoir.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander s'il est opportun, d'anticiper la fermeture d'une maternité et de préparer un projet de substitution à celle-ci, soit un pôle de consultation pour la mère et l'enfant nommé centre périnatal de proximité (CPP).

La pertinence de cette problématique est au cœur de mon projet. En effet, plusieurs éléments font craindre au centre hospitalier général de Clermont de l'Oise, l'établissement dans lequel j'exerce, que la cessation de l'activité pour la gynécologie obstétrique en hospitalisation complète est proche.

Ma direction a souhaité anticiper cette éventualité, pour ne pas se retrouver en difficulté. C'est pourquoi, le président de CME m'a sollicité, en tant que sage-femme coordinatrice du service de maternité, pour travailler sur l'élaboration d'un projet de CPP. J'ai alors soumis à ma direction de développer un projet que je souhaite ambitieux, répondant aux contraintes institutionnelles et aux besoins de la population.

Ce projet est en lien avec les politiques de santé actuelles et s'appuie sur le résultat d'une étude réalisée au sein de plusieurs CPP de la région.

Au travers de l'intitulé de mon projet managérial, je souhaite signifier qu'en préparant l'avenir, nous pourrions mieux appréhender le présent et minimiser les incertitudes du futur. Il me paraît essentiel d'anticiper les restructurations à venir, aussi bien sur un plan organisationnel que pour l'impact qu'elles auront sur les individus. Je pressens que cela interviendra de manière primordiale dans la réussite du changement.

Une première partie sera consacrée au contexte du projet, dans lequel nous observerons qu'appréhender et connaître l'environnement est indispensable à la détermination et à l'élaboration du projet.

Puis, nous démontrerons comment au travers de la conduite d'un projet, nous pouvons tenter d'anticiper une restructuration et d'en faire ressortir un projet ambitieux.

Enfin, une dernière partie sera consacrée à la gestion managériale. Elle permettra de présenter comment la prise en compte de la dimension sociétale et symbolique du lieu de naissance va conduire à comprendre, accompagner et mettre en œuvre le changement dans le cadre de mon projet.

1. LE PROJET DANS SON CONTEXTE

1.1 Le contexte national : l'obstétrique en France.

1.1.1 La législation et les plans relatifs à la périnatalité

La structuration actuelle des politiques de santé relatives à l'obstétrique et à la périnatalité, prend sa source dans les années 1970.

Elle a comme fondement, la loi hospitalière du 31 décembre 1970¹ qui engage une planification, par le biais de la création d'une carte sanitaire.

La recherche de l'amélioration de la prise en charge de la grossesse, de la sécurité liée à l'accouchement et de la baisse de la mortalité maternelle et périnatale, va se traduire par divers décrets et plans de périnatalité successifs.

Au niveau législatif, le décret dit DIENESCH² de 1972 puis les décrets de périnatalité³ de 1998 déterminent de nouvelles normes d'organisations, d'équipement et de personnels en vue d'améliorer la sécurité de la prise en charge des parturientes.

« La perception de l'accouchement comme un acte risqué a entraîné la mise en place d'un dispositif de sécurisation spécifique, à travers une série de réglementations successives engagée avec la publication du décret dit Dienesch en 1972. (...) Pour répondre à l'objectif de diminuer la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %, des décrets du 9 octobre 1998 ont institué un nouveau système de normes et de nouvelles règles d'organisation de soins.»⁴

Le **Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998** définit ainsi trois types de maternités :

- **les maternités de type I**, qui accueillent les grossesses sans problème identifié, au sein desquelles sont pratiqués les soins néonataux des nouveaux nés ne présentant pas de problème particulier, elles ne possèdent pas d'unité de néonatalogie individualisée.
- **les maternités de type II**, qui disposent d'un service de néonatalogie permettant d'assurer la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux nés à risque ou de ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance.

¹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

² Décret n°72-162 du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement.

³ Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation.

⁴ Cour des Comptes « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », janvier 2015, p19.

- **les maternités type III**, qui sont destinées à prendre en charge les grossesses «à risque» ; elles disposent d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale assurant la surveillance et les soins spécialisés aux nouveaux nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Cette typologie est donc principalement basée sur la capacité du niveau de prise en charge médicale pédiatrique des établissements de santé. Et, il est à souligner qu'elle conduit également, à un nombre d'accouchements croissant en fonction du type. En effet, en France, les futures parturientes ont le libre choix du type de maternité où elles souhaitent accoucher, et les maternités de type III sont pour la plupart des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et drainent une large population.

Parallèlement, trois plans de périnatalité se succèdent « *La France a mis en place, depuis les années 1970, une politique structurante et volontariste en matière de périnatalité se traduisant par trois plans successifs : 1970-1975, puis 1995-2000 et enfin 2005-2007. Ces différents plans marquent l'évolution progressive de la stratégie nationale en matière de périnatalité, du renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention, au développement d'une prise en charge périnatale plus humaine, en réponse à un besoin d'écoute d'une part et de diversification de l'offre de soins d'autre part* ». ⁵

Ainsi, les restructurations qui s'ensuivent, pour l'amélioration de la sécurité et par le classement des maternités, ont pour principal objectif d'optimiser l'efficacité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Cela va profondément modifier l'offre périnatale française.

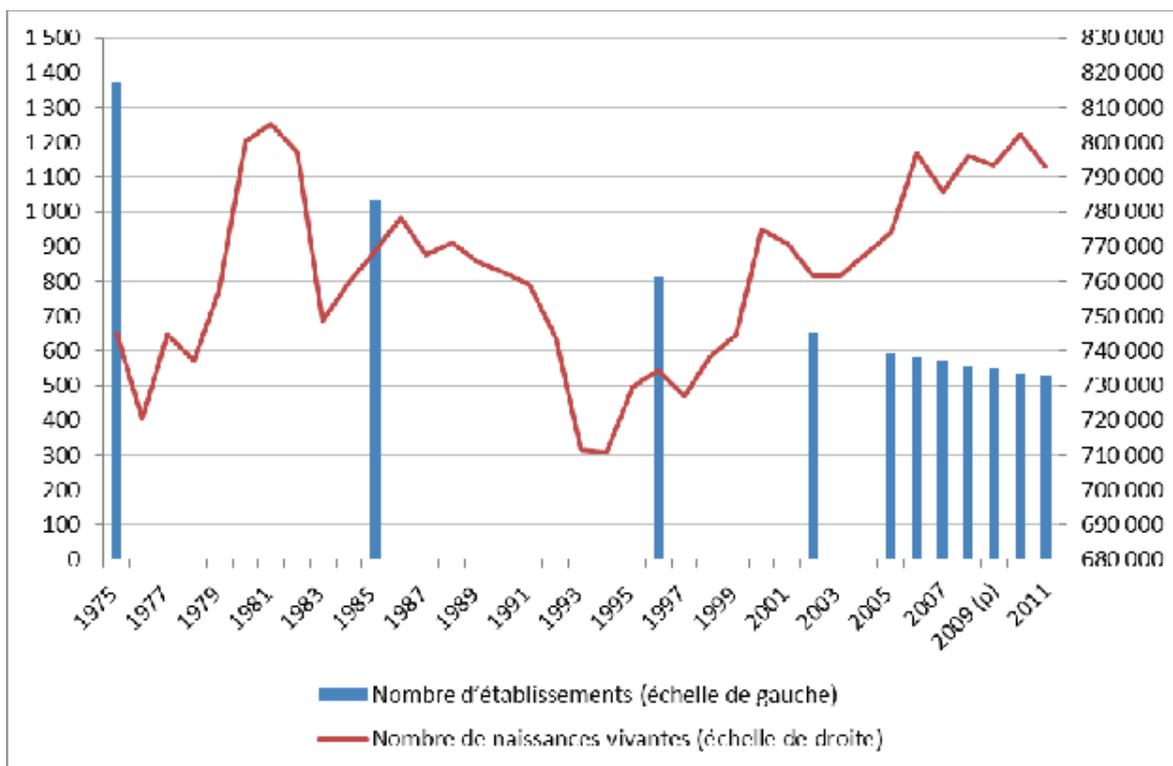
1.1.2 La diminution du nombre de maternités

En lien avec une politique globale généralisée de réduction des lits d'hospitalisation complète, comme nous le rappelle dans son cours J.P DUMOND « *engagée depuis la fin des années 70, la décroissance du nombre de lits d'hospitalisation complète tous secteurs confondus est de l'ordre de 25%* ». ⁶, les conséquences des différentes normes, instaurées par les décrets de périnatalité de 1998, conduisent à une diminution drastique du nombre de maternités, principalement celles de type I et à plus faible activité. Parallèlement, il est observé une augmentation des naissances, à partir de 1993 de manière continue, comme nous

⁵ Direction Générale de la Santé, « Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, Rapport final », Ministère de la santé et des sports, Mai 2010, p 23.

⁶ DUMOND Jean-Paul ECUE 1.3 cours sur « les organisations de santé : la grande transformation hospitalière », version aout 2015, p18.

pouvons le constater dans ce graphique issu d'un rapport de la commission des affaires sociales du Sénat.



⁷ Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2011.

« Le nombre des maternités est passé de 1369 en 1975 à 554 en 2008, alors même que le nombre de naissances ré-augmentait, d'abord à la fin des années 70 puis surtout à partir de 1995 : environ 711 000 naissances en 1994 en métropole et autour de 800 000 naissances par an depuis 2006. Le nombre de lits d'obstétrique a pourtant été divisé par deux depuis les années 1970. Ainsi, entre 1996 et 2011, le nombre de maternités de niveau I est passé de 564 à 255 alors que le nombre de celles de niveau II et III progressait légèrement. En 2001, les maternités de niveau I représentaient environ la moitié du nombre de lits; elles n'en représentent plus que 34 % en 2010 et ce sont celles de niveau II qui regroupent 45 % des lits. (...) au total, en 40 ans, plus des deux tiers des maternités ont ainsi fermé. »⁸

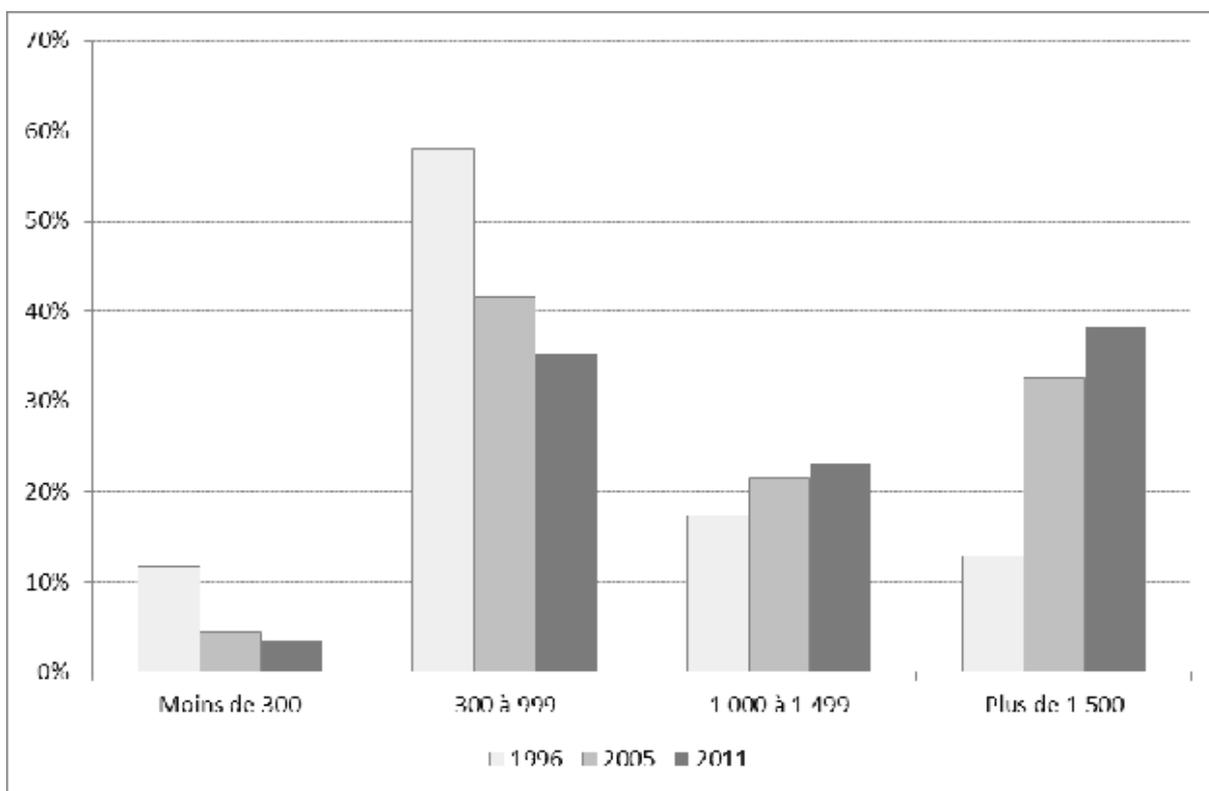
Ainsi comme le précise le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS)⁹ et que nous pouvons constater dans le graphique sur l'évolution de la répartition des maternités selon leur nombre annuel

⁷ Rapport n° 277 (2013-2014) de Mme Laurence COHEN, fait au nom de la commission des affaires sociales, « instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement » déposé le 14 janvier 2014, Sénat session ordinaire de 2013-2014, p 10.

⁸ Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008, chapitre VIII : les restructurations hospitalières », Rapport public annuel 2013 – février 2013, p. 305 à 331.

⁹ DRESS « Les maternités en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », N° 776, octobre 2011, 8 pages.

d'accouchements entre 1996 et 2011, l'offre se réoriente vers les maternités de type II et III. Le mouvement de restructuration et de concentration des naissances se poursuit amenant à une augmentation significative des maternités de grande taille.



¹⁰ Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2011.

Ceci n'est pas une exception française, Mais plutôt un courant européen « *cette augmentation de la taille des maternités ne constitue pas une spécificité française. (...) la part des naissances ayant lieu dans des structures réalisant plus de 3.000 accouchements par an était en 2010 de 51% en Suède, de 69% au Royaume-Uni et en Irlande et de 71% en Islande contre 23 % en France.* »¹¹

Outre, les difficultés engendrées par le respect des décrets de périnatalité, la diminution du nombre de maternités a également pour origine des aspects financiers.

¹⁰ Rapport n° 277 (2013-2014) de Mme Laurence COHEN, fait au nom de la commission des affaires sociales, « instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement » déposé le 14 janvier 2014, Sénat session ordinaire de 2013-2014, p 12.

¹¹ Ibid. p 24.

1.1.3 La tarification déficitaire

Comme le rappelle la Cour des Comptes, la tarification de l'activité obstétricale est aujourd'hui déconnecté de son cout « *Le dispositif de tarification est fondé sur les enveloppes historiquement consacrées à la naissance et est resté largement inchangé depuis la mise en place de la tarification à l'activité, Alors que les coûts ont connu une nette tendance à la hausse du fait notamment des nouvelles normes de sécurité (investissement, masse salariale), créant un effet de ciseaux entre les tarifs et les coûts.* »¹²

Ainsi, même si une refonte des tarifs des Catégories Majeures de Diagnostic (CMD)¹³ 14 et 15 est conduite en 2012, celle-ci revalorise les actes les plus complexes, pratiqués par les maternités de type III ou certaines de type II.

« *Parallèlement, les CMD 14 et 15 ont subi depuis 2011 les mêmes baisses tarifaires qui ont été imposées à l'ensemble des hôpitaux par le niveau de l'ONDAM¹⁴ hospitalier.* »¹⁵

C'est pourquoi aujourd'hui, toutes les maternités, et particulièrement celles de type I, sont déficitaires de manière quasi systématique.

Ce fait, donne la principale explication du désengagement du secteur privé à but lucratif de l'activité d'obstétrique « *C'est plus fondamentalement la rentabilité jugée insuffisante de l'activité qui a conduit les cliniques à s'orienter vers d'autres types de prises en charge.* »¹⁶

Aussi, considérant l'enjeu de réduction des déficits publics, qui amène à un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) contraint, la revalorisation des tarifs liés à la naissance à hauteur de ses couts n'est pas envisageable.

Selon une étude diligentée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation(ATIH), l'équilibre d'exploitation d'une maternité se situe aujourd'hui aux alentours de 1200 accouchements.

La Cour des Comptes préconise alors, une efficience accrue en réduisant les dépenses « *Il faut redéfinir le modèle économique des maternités, en réduisant les*

¹² Ibid. p 82.

¹³ L'activité d'obstétrique est couverte par les « catégories majeures de diagnostic » (CMD) 14 et 15. La CMD 14 couvre les « grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et la CMD 15 les « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ». Ainsi, toute naissance fait l'objet de deux tarifications distinctes, l'une pour l'accouchement stricto sensu et l'hospitalisation de la mère, la seconde pour l'hospitalisation du nouveau-né.

¹⁴ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

¹⁵ Cour des Comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », janvier 2015, p 82.

¹⁶ Ibid. p 83.

coûts par la baisse de la durée moyenne de séjour, l'augmentation des taux d'occupation et la suppression des lits inutiles et des moyens qui y sont affectés. »¹⁷

1.1.4 Le développement des sorties précoces.

Ainsi, le domaine de la périnatalité n'échappe pas aux diverses politiques de santé qui tendent à réduire le nombre de lits et les durées d'hospitalisation en établissement de santé et à développer les filières de prise en charge en amont et en aval.

Malgré tout, la France apparaît en retard par rapport au reste de l'Europe, comme le souligne la Cour des Comptes « *En France, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour un accouchement normal a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011. Toutefois, elle a baissé de façon équivalente dans l'ensemble des pays de l'OCDE¹⁸, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3 jours en 2011. La DMS en France reste ainsi supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE : elle est en Italie est de 3,4 jours, en Allemagne de 3,1 jours, au Royaume-Uni de 1,6 jour.* »¹⁹

Par conséquent, la mise en place du Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile²⁰ (PRADO) en 2012, sous l'égide de l'assurance maladie, s'est rapidement généralisée.

La HAS²¹ a ensuite réactualisé ses recommandations de bonnes pratiques pour les sorties de maternité après accouchement, en lien avec ce programme.

Ce dernier concerne les couples mères-enfants à bas risque médical, psychique et social, après un séjour en maternité d'une durée standard²².

Le programme consiste à proposer la mise en relation avec une sage-femme pour le suivi lors du retour à domicile, par le biais d'un conseiller de l'assurance maladie.

Ce programme s'applique désormais aux sorties dites précoces²³, conditionné malgré tout par le recueil de l'accord du couple et l'autorisation de sortie de l'équipe médicale.

Les sages-femmes sont les professionnels de santé qui assurent l'essentiel de l'application du programme, quel que soit leur statut, libéral ou fonctionnaire (fonction publique hospitalière et territoriale).

¹⁷ Ibid. p 95.

¹⁸ Organisation de Coopération et de Développement Économique.

¹⁹ Cour des Comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », janvier 2015, p110.

²⁰ http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf

²¹ Recommandation de bonne pratique : sortie de maternité après accouchement, conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, HAS, mars 2014, 36 pages

²² Entre 72 h et 96 h pour un accouchement par voie basse, et entre 96 h et 120 h pour un accouchement par césarienne.

²³ Au cours des 72 premières heures pour un accouchement par voie basse, et au cours des 96 premières heures pour un accouchement par césarienne.

On comprend donc, que la fragilité des maternités est essentiellement due à des aspects réglementaires et économiques. Cependant, se surajoute également de plus en plus fréquemment, des problématiques d'effectif médical.

1.1.5 La démographie médicale sous tension

Ainsi, même si le nombre actuel des praticiens hospitaliers liés à la naissance (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) est satisfaisant, des problématiques de recrutement pour répondre aux normes en vigueur, sont déjà prégnantes dans les zones fragiles, rurales ou péri urbaines peu attractives.

Elles peuvent amener à des suspensions d'activités, comme le rappelle la Cour des Comptes « *Les ARS sont de plus en plus fréquemment amenées à prendre des décisions de suspension d'activité, avec un risque de fermeture définitive, en raison d'un personnel médical insuffisant pour assurer la sécurité des parturientes et le bon fonctionnement des équipes médicales.* »²⁴

De plus, la perspective de départs à la retraite, de manière assez massive, sans compensation des entrées à hauteur des départs, va provoquer un déficit transitoire à partir de 2018-2020, comme le souligne la DRESS dans son rapport²⁵ « *S'agissant des seuls praticiens hospitaliers à temps plein, une simulation des départs entre 2009 et 2020 réalisée par leur centre national de gestion (CNG) montre que la situation est particulièrement difficile pour les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues obstétriciens. Alors qu'il était prévu qu'en moyenne 43 % des praticiens hospitaliers quittent la profession entre 2009 et 2020, les départs devaient atteindre 55% pour les anesthésistes réanimateurs exerçant à l'hôpital* ».

La DRESS précise, par ailleurs, que « *le nombre de médecins retrouverait son nombre actuel en 2030 mais la densité médicale serait plus faible qu'aujourd'hui.* »²⁶

1.1.6 La stagnation des indicateurs de périnatalité.

En dépit de toutes les restructurations instaurées, les différents indicateurs de périnatalité²⁷ ne se sont pas améliorés.

ils restent médiocres, comme le souligne le rapport européen sur la santé périnatale EURO-PERISTAT 50²⁸ issus des données de l'enquête périnatale 2010

²⁴ Cour des Comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », janvier 2015, p 53.

²⁵ Ketty Attal-Toubert, Mélanie Vanderschelden « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », n°679, DRESS, février 2009, page 4.

²⁶ Ibid. p 3.

²⁷ Taux de mortalité périnatale, pourcentage de nouveaux nés avec un poids < 2500g, taux de naissances prématurées, taux de césarienne, taux de mortalité maternelle.

« Sur les différents indicateurs, la France est dans une position moyenne en Europe mais ne se trouve jamais parmi les cinq pays ayant les meilleurs résultats. »

Malgré un système de santé reconnu dans le monde²⁹ pour la qualité de ses soins, la France n'a pas atteint ses objectifs en terme de sécurité néonatale « Avec un taux de 2,3 ‰, la France occupe le 17e rang européen pour la mortalité néonatale dans les 27 premiers jours après la naissance montrant que la sécurité de la naissance doit encore être améliorée, 16 ans après les décrets de 1998 dont elle constituait pourtant l'objectif central. »³⁰

1.2 Le contexte régional

1.2.1 La situation régionale spécifique

Le centre hospitalier de Clermont de l'Oise se situe dans le département de l'Oise(60), au sein de l'ancienne région Picardie, intégrée depuis le 1 janvier 2016 dans la nouvelle région Haut de France.

La région Picardie avait une population estimée à 1.922.342 habitants³¹ en 2012. « Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la région Picardie devrait augmenter de façon constante d'ici à l'horizon 2032, soit une hausse globale de +5,9%. En 2040, la population picarde pourrait avoir augmenté de + 6 %, contre une augmentation au niveau national de + 13 %. »³²

Ses territoires de santé ont été redéfinis par l'ARS en 2010, en application de la loi HPST³³.

²⁸ EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report: the health and care of pregnant women and babies in Europe en 2010. www.europeristat.com. Accès 30 juin 2013, coordonné par l'Inserm U953.

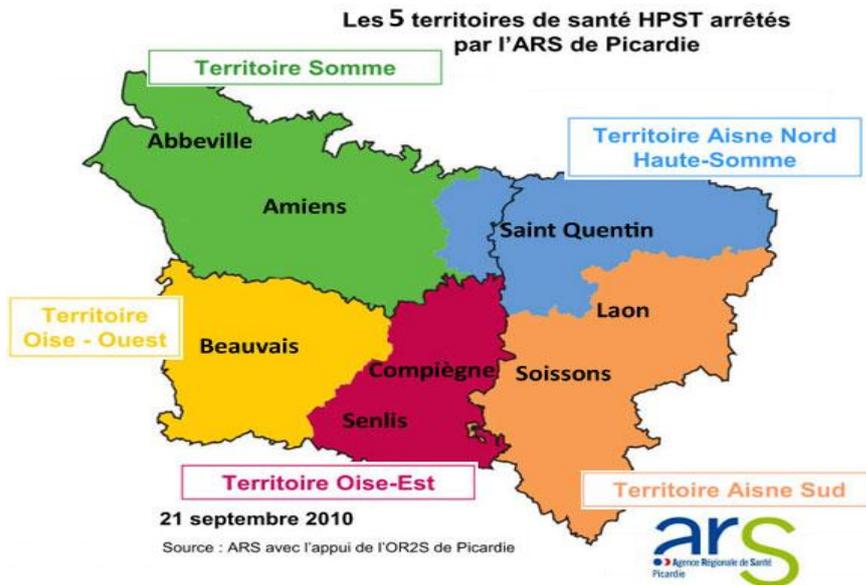
²⁹ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2013 », la recherche pour la couverture sanitaire universelle, 168 pages.

³⁰ Cour des Comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », janvier 2015, p 10.

³¹ Base Insee

³² Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), volet ambulatoire, volet hospitalier, ARS Picardie, mai 2011, p 10.

³³ Loi n °2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.



La répartition de la population au sein des territoires se définit par « *Les territoires de santé de la Somme et d'Oise-Est regroupent plus de la moitié (51%) de la population régionale. Les territoires d'Aisne Nord Haute Somme, Aisne-Sud et Oise-Ouest regroupent, de manière homogène, chacun près de 16% de la population picarde.* »³⁴

Par ailleurs, la région se caractérise par des indicateurs sanitaires³⁵ parmi les plus mauvais de France « *la Picardie présente le deuxième taux de mortalité le plus important des régions de France hexagonale (après le Nord - Pas-de-Calais). L'écart entre le niveau régional et national s'est accru : +11 % de surmortalité au début des années 1990 et +16 % en 2006-2008.* »³⁶

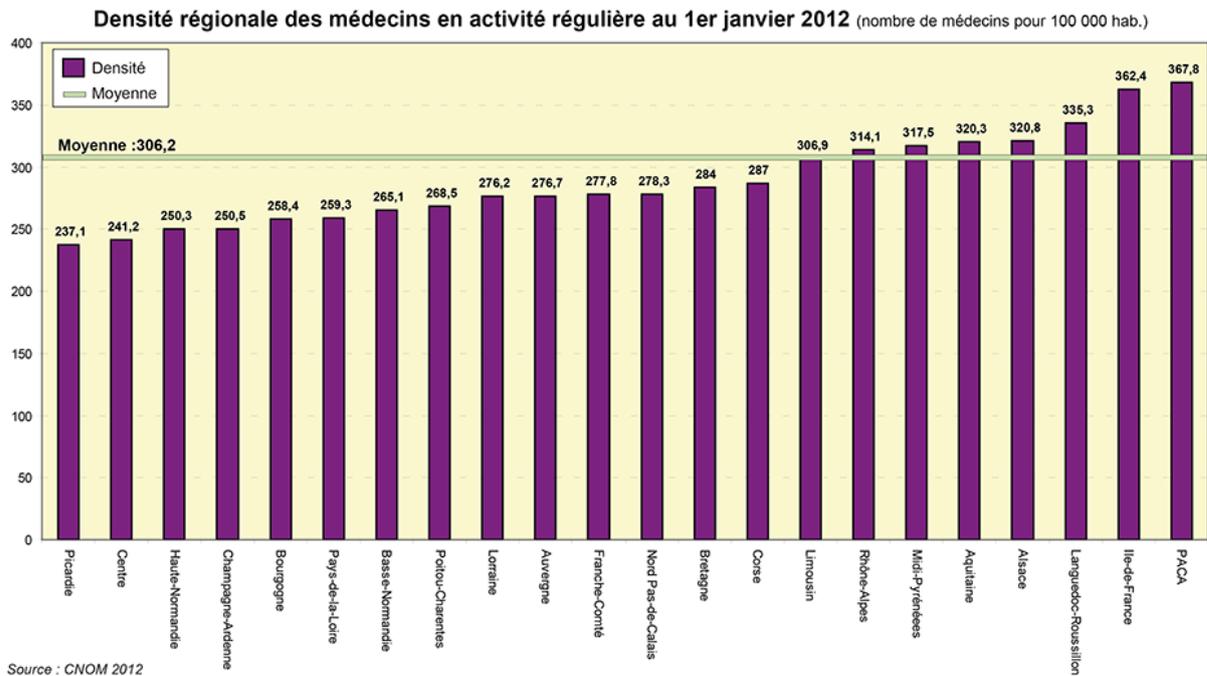
Elle présente également la plus faible densité de professionnels de santé de France comme le précise l'ARS de Picardie « *Avec une densité médicale de 237, 1 médecin pour 100 000 habitants, la région comptabilise la plus faible densité médicale en France métropolitaine, et se situe aux derniers rangs pour la densité de la plupart des professionnels de santé* »³⁷.

³⁴ Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), volet ambulatoire, volet hospitalier, ARS Picardie, mai 2011, p 10.

³⁵ Espérance de vie (à la naissance, sans incapacité), taux de mortalité (brut, par pathologie), taux de mortalité prématurée, taux de morbidité.

³⁶ Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), volet ambulatoire, volet hospitalier, ARS Picardie, mai 2011 p 10.

³⁷ Ibid. p 18.



38

En effet, la région connaît des difficultés pour le renouvellement de ses effectifs, encadrée par des quotas régionaux: le numérus clausus de la PACES³⁹.

La problématique majeure des professionnels de santé est caractérisée par le taux de fuites après la formation, des professionnels de santé vers les deux régions limitrophes que sont l'Ile de France et le Nord Pas de Calais. « *Parmi les professionnels formés dans la région, les fuites extra-régionales peuvent être importantes, surtout si les personnes ne sont pas originaires de la région: seulement 1/4 des internes en médecine envisagent une installation à long terme dans la région, bien que 2/3 soient originaires de Picardie ou des régions limitrophes.* »⁴⁰

De plus, la répartition régionale des professionnels de santé se fait de manière inégale « *si la plupart des grandes villes et surtout la capitale régionale semblent correctement dotées, il apparait des déserts médicaux, en particulier dans les zones urbaines sensibles, le milieu rural est en grande difficulté, surtout les zones les plus isolées comme l'ouest de l'Oise, et la Thiérache.* »⁴¹

³⁸ Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2012.

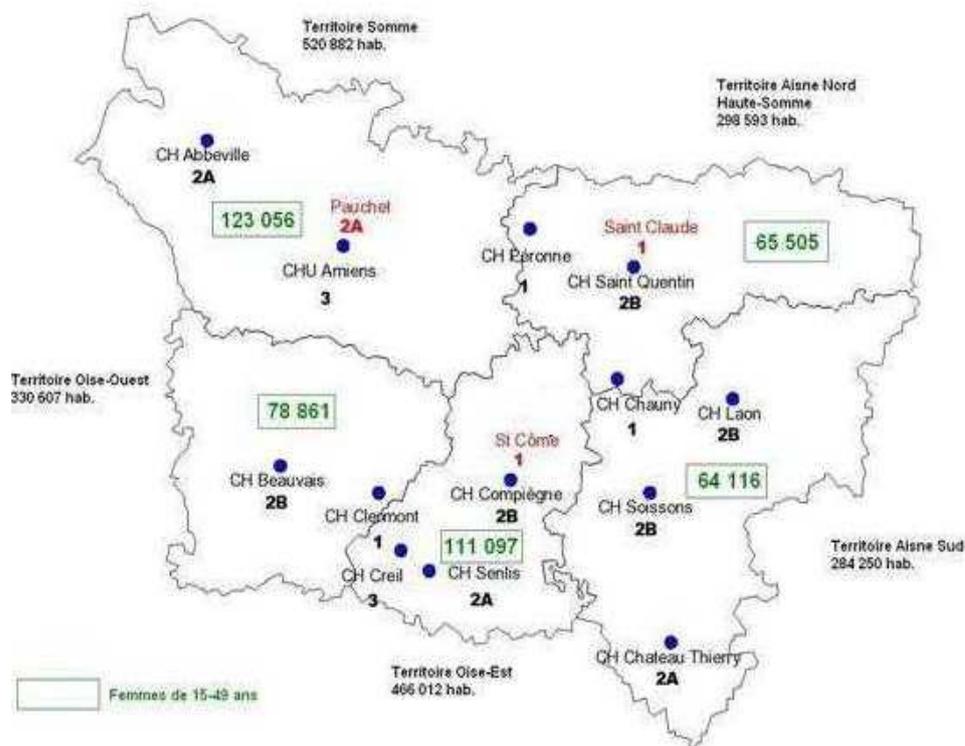
³⁹ Première année commune aux études de santé (médecine, kinésithérapie, sage femmes, dentiste et pharmacien).

⁴⁰ Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), volet ambulatoire, volet hospitalier, ARS Picardie, mai 2011p p 16.

⁴¹ Ibid. p 14.

1.2.2 L'offre de soins régionale en périnatalité

L'offre de soins périnatale en Picardie, est composé de 16 maternités (5 de type I, 9 de type II et 2 de type III).



Les implantations des maternités en Picardie⁴²

Pour un peu moins de 443.000 femmes en âge de procréer, le taux brut de natalité en 2009 s'élevait alors à 13 pour 1.000 habitants (se situant à un niveau un peu plus élevé que la moyenne de la France Métropolitaine (12,8)).⁴³ Chaque maternité réalise en moyenne 1.300 accouchements par an, mais la moitié des établissements prend en charge moins de 1.200 accouchements et 3 d'entre elles réalisent moins de 500 accouchements par an. La maternité de Clermont de l'Oise réalise la plus faible activité.

En 2009, 37.942 séjours d'obstétrique ont été réalisés en Picardie, soit 3 % de l'ensemble des séjours d'obstétrique réalisés au niveau national.

La durée moyenne de séjour en obstétrique est identique à celle de la France (un peu plus de 4 jours), soit la cinquième région pour sa durée de séjour la plus importante.⁴⁴

⁴² Ibid.p 409 : Établissement de santé public (police noire), Établissement de santé privée à but lucratif (police rouge).

⁴³ Ibid. p 414.

⁴⁴ Ibid. p 415.

Par ailleurs, on note que le temps d'accès moyen à la maternité la plus proche est plus important en Picardie que sur l'ensemble du territoire national (+15 %).⁴⁵

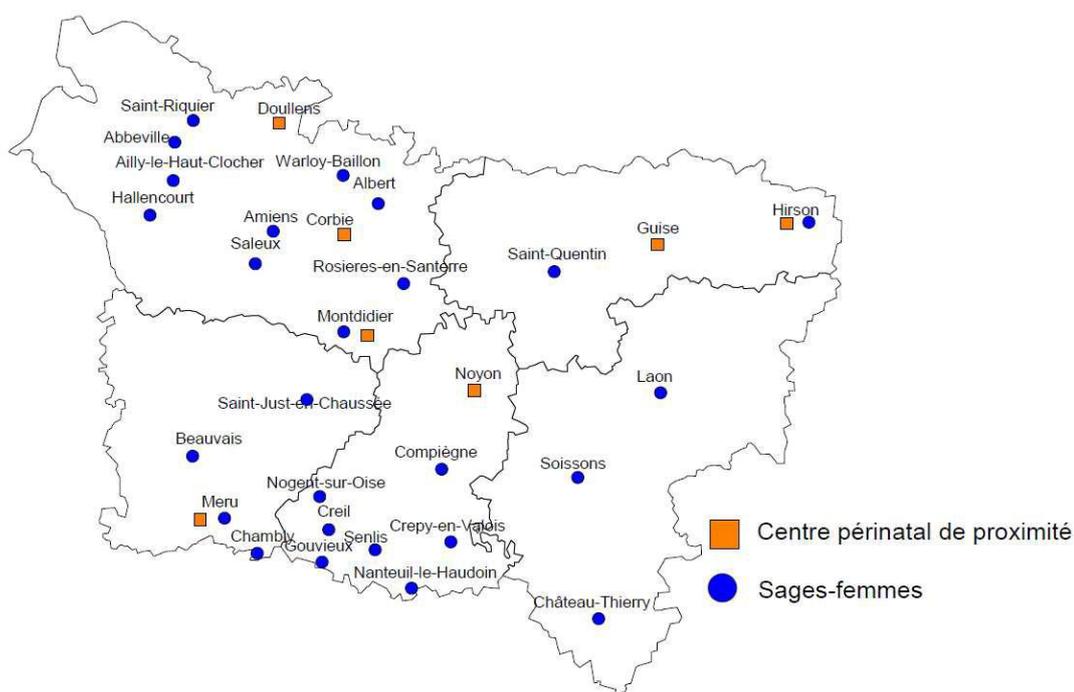
L'ARS Picardie fait le constat, dans son SROS⁴⁶ de 2011, que l'offre de soins en périnatalité est dispersée, avec une grande hétérogénéité des niveaux d'activités des maternités, et qu'il existe une fragilité de certaines structures dont l'activité est en baisse d'année en année.

Les données de démographie médicale en lien avec la naissance (gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste) laissent présager des difficultés importantes à assurer la permanence des soins au sein des établissements de santé, dans un avenir proche.

Quant à l'effectif des sages-femmes, il est stable dans les maternités mais considéré comme très sous doté concernant l'activité libérale.

La densité régionale de sages-femmes libérales (2/100 000 hab.) est la plus faible de France métropolitaine (5/100 000 hab.)⁴⁷.

Par ailleurs, il existe sept centres périnataux de proximité fonctionnels sur la région, avec une zone de recrutement couvrant un rayon d'environ 20 à 30 km.



*Sages-femmes libérales et Centre périnatal de proximité Picardie 2011*⁴⁸

⁴⁵ Ibid. p 413.

⁴⁶ Ibid. p 414.

⁴⁷ Ibid. p 14.

⁴⁸ Ibid. p 413.

L'ARS de Picardie définit donc dans son Plan Régional de Santé (PRS) 2012-2017 que « L'enjeu à 5 ans de l'organisation de la filière femme-mère-enfant tient à une modernisation de l'organisation de l'offre de soins. Cela peut induire un regroupement de certaines activités de maternité dans un souci d'optimisation du temps médical, tout en renforçant l'offre de soins de proximité, avec l'organisation de consultations avancées ou les services d'un centre périnatal de proximité et le développement des prises en charge en hospitalisation à domicile (HAD). »⁴⁹

1.3 Le contexte local

1.3.1 Présentation du territoire

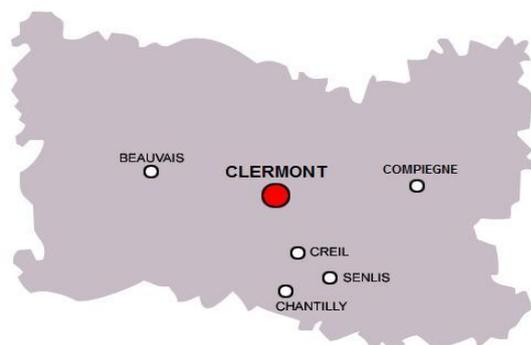
La commune

La commune de Clermont de l'Oise (60) est une commune qui compte 10.932 habitants⁵⁰.

Elle est le chef-lieu du pays Clermontois-plateau picard (64 213 habitants)⁵¹ et se situe au centre du département de l'Oise.

Elle apparaît comme la plus dynamique du département (+0,58%) car elle est le seul arrondissement de l'Oise qui connaît plus d'arrivées d'habitants que de départs⁵².

Elle se situe à 15 minutes de Creil (33.936 hab.)⁵³, 30 minutes de Beauvais (55.500 hab.)⁵⁴ et de Compiègne (41.254 hab.)⁵⁵, une heure d'Amiens et de Paris.



⁴⁹ Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), volet ambulatoire, volet hospitalier, ARS Picardie, mai 2011, p 408.

⁵⁰ INSEE, recensement 2013.

⁵¹ Ibid.

⁵² OR2S/Conseil Régional de Picardie, « Diagnostic territoriaux de santé, des pays de Picardie, Clermontois-plateau Picard », février 2010, page 8.

⁵³ INSEE, recensement 2012.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

La démographie de la commune est caractérisée par une population dont l'âge est principalement compris entre 25 et 59 ans, ce qui représente 49,8% (47,5% en France métropolitaine) et un taux de personnes âgées plus faible que la moyenne nationale (6,1% contre 8,3% en France).

Les catégories socioprofessionnelles majoritaires sont les ouvriers (29,9%) et les employés (29,6%) puis les professions intermédiaires (25,9%)⁵⁶.

43,3% de la population du pays Clermontois-plateau picard sont sans qualifications (38,5% pour la France).

Le revenu net imposable annuel moyen est de 20.688€ (21.930€ en France) et la part des foyers non imposable est de 42,6% (46,4% en France).

Le pays Clermontois-plateau picard a un Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) de 2,05 enfants par femme (ICF de 2,02 en Picardie et de 1,91 en France⁵⁷), et le nombre de naissance moyen est de 1093 par an⁵⁸.

Outre, le centre hospitalier général, un important établissement public spécialisé en santé mentale, le Centre Hospitalier Interdépartemental (CHI) qui compte 1.174 lits, 108 structures et 3.000 professionnels, est établi sur la commune.

Le territoire de santé Oise-Ouest

Au plan sanitaire et social, Clermont de l'Oise relève du territoire de santé Oise-Ouest, qui compte 330.607 habitants (17,4% de la population de la région et troisième territoire en densité de population derrière Oise-Est et Somme)⁵⁹.

Il se place au dernier rang des cinq territoires de santé de Picardie pour la densité de médecins et pour la dotation en établissements de santé et en nombre de lits.⁶⁰

L'ICF du territoire est de 2,04 enfants par femme et représente 4.410 naissances par an, concernant des mères domiciliées sur le territoire.⁶¹

Le taux de fuites des accouchements hors territoire Oise-Ouest est de 39%.⁶²

Une Communauté Hospitalière de Territoire(CHT) a été constituée en janvier 2010, nommée Communauté Hospitalière de Territoire Oise Ouest (CH2O), et centré sur le Centre Hospitalier de Beauvais (CHB), qui a été désigné comme l'établissement pivot. Elle regroupe 2.400 lits et concerne une population évaluée à 250.000 habitants.

⁵⁶ OR2S/Conseil Régional de Picardie, « Diagnostic territoriaux de santé, des pays de Picardie, Clermontois-plateau Picard », février 2010, page 12.

⁵⁷ Source INSEE.

⁵⁸ OR2S/Conseil Régional de Picardie, « Diagnostic territoriaux de santé, des pays de Picardie, Clermontois-plateau Picard », février 2010, page 8.

⁵⁹ OR2S/ARS Picardie « Livret territorial : territoire de santé Oise ouest ; état des lieux sanitaire, médico-social et social des territoires de santé de Picardie », 2010, p 2.

⁶⁰ Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), volet ambulatoire, volet hospitalier, ARS Picardie, mai 2011, p 11.

⁶¹ Ibid. p 3.

⁶² Ibid. p 4.

1.3.2 Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise (CHCO) est un établissement de santé public, de proximité. Il pratique des activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique(MCO) avec une capacité de 107 lits, et une activité prépondérante de soins de longue durée et d'hébergement gériatrique de 319 lits.

La densité de lits en MCO est alors de 1,4 lit pour 1.000 personnes, ce qui est plus faible que dans l'Oise (3,1 ‰), qu'en Picardie (3,7 ‰) et qu'en France métropolitaine (4,1 ‰).⁶³

Il compte 606 agents, dont 77 personnels médicaux et 529 non médicaux.

Il est structuré en 3 pôles :

1. MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Urgences/SMUR, Imagerie, Bloc Opératoire, hôpital de jour (ambulatoire), Centre d'Accueil et de Soins des Conduites Additives (CASA), consultations externes, pharmacie.
2. Gériatrie : Soins de Suites et de Réadaptation (SSR), Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).
3. Management et stratégie : Direction, restauration, logistique, technique, informatique, archives.

En termes de coopérations :

Comme le CHCO fait partie de la communauté hospitalière de territoire Oise-Ouest (CH2O). De par ce biais, une coopération active avec le Centre Hospitalier de Beauvais (CHB) a été instaurée, amenant également la constitution d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) en 2012, qui porte sur les activités de chirurgie digestive et de gynécologie-obstétrique.

Autre spécificité de cette collaboration, les quatre directeurs intérimaires qui se sont succédés, depuis le départ du précédent directeur en juin 2011, sont tous issus de l'équipe de direction du centre hospitalier de Beauvais.

L'actuel directeur par intérim de l'établissement, est le directeur général du CHB.

Par ailleurs, il existe un partenariat avec le Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont (CHI), à travers le Syndicat Interhospitalier de l'Oise

⁶³ OR2S/ARS Picardie, « Livret territorial : territoire de santé Oise ouest ; état des lieux sanitaire, médico-social et social des territoires de santé de Picardie », 2010, p 8.

(SIO), sur des fonctions supports externalisés, tels que la biologie médicale et le traitement du linge.

De même, dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) avec le CHI, la fonction restauration, après la mise aux normes et l'agrandissement de sa capacité de production, est effective depuis le 1 avril 2016.

En terme de démarche qualité :

En juin 2013, la Haute autorité de Santé (HAS) a évalué l'établissement via la certification V2010, et lui a attribué une certification avec réserves.

Celle-ci a fait l'objet d'une visite de suivie en juin 2015, qui a permis de lever les réserves. L'établissement s'est engagé dans la démarche V2014 qui se déroulera en juin 2017.

Par ailleurs, l'unité d'imagerie médicale et le service des urgences/SMUR font l'objet d'une certification ISO 9001.

En termes de démarche institutionnelle :

Le Projet d'Établissement 2006-2011 n'a pas été réévalué. Malgré tout, un projet médical et un projet de soins rédigés en 2013 sont effectifs.

Le Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2013-2017 a défini quatre orientations :

1. Définir et mener à bien la modernisation du site
2. Assurer le retour et le maintien pérenne de l'équilibre financier
3. Développer l'attractivité de l'établissement
4. Développer la performance de l'établissement

L'activité :

L'activité du MCO apparaît comme inégale, avec un taux de fuite important.

Ainsi, nous pouvons constater que les parts de marché de l'établissement sur sa zone d'attractivité sont faibles et notamment celles des activités de chirurgie et d'obstétrique qui déclinent entre 2010 et 2014.

Part de Marché du Centre Hospitalier Général de Clermont de l'Oise sur sa Zone d'Attractivité					
Indicateurs	% Part de Marché				
	2010	2011	2012	2013	2014
part de marché globale en Médecine	16,3	15	15,1	16,2	17,2
part de marché globale en Chirurgie (HC)	17,8	15,4	15	12,8	13,8
part de marché en Obstétrique	36,6	34,9	37	35,5	34,7
part de marché en Chirurgie Ambulatoire	9,6	8,8	9,8	12,5	12

64

Le secteur le plus dynamique est celui des urgences, en croissance tous les ans. Ainsi la part d'hospitalisation complète via les urgences est en constante augmentation, et la médecine en représente les séjours les plus fréquents⁶⁵. Par conséquent, ce service connaît un taux d'occupation élevé, avec une saturation de sa capacité, faute de lits d'aval, alors que dans le même temps, les taux d'occupation de chirurgie en hospitalisation complète, et de maternité sont bas. L'activité de celles-ci est en recul, mais le développement de l'ambulatoire permet l'augmentation des actes chirurgicaux, nous pouvons notamment le constater dans le rapport d'activité 2015 de l'établissement.

Activité 2015 Centre Hospitalier Général de Clermont de l'Oise				
Activité	nombre d'entrées	nombre de journées	taux d'occupation	durée moyenne de séjour
Médecine	1.624(+3%)	10.527 (0%)	91% (-1%)	6,48 (-3%)
Chirurgie	1.085 (-3%)	4.100(- 6%)	62%(-4,08%)	3,78 (-3%)
Obstétrique	428 (-17%)	1.625 (-16%)	49,5% 3,29%) (-	3,80(+1%)
Chirurgie Ambulatoire	1.323 (+14%)	1.279 (+13%)	51%(+6%)	
Urgences	24.739 passages (+2%)			
Bloc opératoire	2.298 interventions (+8%)			
Imagerie	33.148 actes (+3%)			

⁶⁴ Source HospiDiag.atih.sante.fr

⁶⁵ Chambre Régionale des Comptes Nord Pas de Calais Picardie « Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise (CHCO) », ROD.0640, aout 2014, p 11.

L'Activité du secteur « personnes âgées » (USLD et EHPAD) est soutenue, avec des taux d'occupation élevés (respectivement 99,6% et 93,8%) et un niveau de dépendance des patients qui augmente pour l'EHPAD.

La situation financière

Le budget annuel du CHCO est de l'ordre de 37 à 38 M€, le budget principal (MCO) en représente 70%, contre 30% pour les budgets annexes (17,17% l'EHPAD et 14,05% pour l'USLD).⁶⁶

La comptabilité analytique⁶⁷ est récente au sein de l'établissement.

La situation financière est déficitaire, avec une capacité d'autofinancement inexistante.

La répartition des charges d'exploitation pénalise la médicalisation et l'investissement, et il existe un décrochage entre la croissance des dépenses de personnel (64%) et l'activité. Par ailleurs, il existe un surcoût d'exploitation dans les coopérations avec le CHI.⁶⁸

L'établissement fait alors l'objet d'un Plan de Retour à l'Équilibre (PRE 2014-2016), qui est défini sur une baisse des charges à hauteur de 764.959 € dont 376.093 € pour le titre 1 (charges de personnels) et une augmentation des recettes (à hauteur de 684.274 €)⁶⁹.

En 2015, Le déficit cumulé était de 3.939.367 €⁷⁰.

En 2016, l'établissement engage avec l'ARS, un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) sur une économie de 327.183 € pour les charges de personnels (titre 1)⁷¹.

Projet de reconstruction

Un projet de reconstruction de l'établissement a été annoncé en 2006, et présenté en 2011 dans le cadre du plan hôpital 2012⁷² « *L'établissement projetait un important programme d'investissement consistant à reconstruire à neuf les locaux de soins MCO sur un nouveau site. Ce programme a été abandonné en raison de contraintes techniques qui renchérisait le cout. Mais l'établissement n'était, en tout*

⁶⁶ Chambre Régionale des Comptes Nord Pas de Calais Picardie, « Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise (CHCO) », ROD.0640, aout 2014, p 5.

⁶⁷ Comptabilité d'exploitation par destination, qui rapproche chaque produit de ses couts. C'est un outil de pilotage stratégique.

⁶⁸ Ibid. p 5.

⁶⁹ Procès verbal du conseil de surveillance du 19 novembre 2013, p 4.

⁷⁰ Procès verbal du conseil de surveillance du 26 mai 2015, p 4.

⁷¹ Procès verbal du conseil de surveillance du 28 janvier 2016 p 5.

⁷² http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_100210-Hopital2012.pdf p 6.

état de cause, pas en capacité d'investir et ne l'est toujours pas aujourd'hui. Cette situation remet en cause jusqu'au projet d'investissement de substitution sur site. »⁷³

Ce projet est abandonné en 2013 et remplacé par un projet de modernisation sur site concernant tout le pôle MCO et le bâtiment très vétuste de l'USLD, puisque les bâtiments de l'EHPAD sont les plus récents.

Au vu de la situation financière de l'établissement et de l'incertitude quant au devenir de l'activité de chirurgie et d'obstétrique, les tutelles ont décidé de réduire le projet, à la reconstruction du service des urgences/SMUR et de l'USLD.

L'officialisation de cette reconstruction a été scellée par la visite de la secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance et des personnes âgées, Mme Laurence Rossignol, en octobre 2015 annonçant une enveloppe de 7 M€ pour la reconstruction du service des urgences.

1.3.3 Présentation du service de Maternité

L'unité d'obstétrique du CHCO est une maternité de type I, qui par définition ne possède pas d'unité de néonatalogie et est habilitée à prendre en charge les grossesses sans pathologie.

Elle est située au sein d'une aile du 2ème étage du bâtiment MCO et son autorisation d'activité porte sur 18 lits.

Jusqu'en 2014, 12 lits étaient installés et effectifs, comportant 5 chambres doubles et 2 chambres seules.

Mais, au vu de la vétusté des locaux et de l'hôtellerie non conforme aux prestations attendues, la direction a souhaité augmenter son taux de recrutement sur le secteur. C'est pourquoi, elle décidera de rénover et de transformer 3 chambres doubles en chambres seules amenant ainsi la capacité à 9 lits, 2 chambres doubles et de 5 chambres seules.

Les locaux « techniques » se composent d'une salle de pré travail, de deux salles de travail, de locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveaux nés.

Enfin, au rez de chaussée du bâtiment MCO, se situe une salle de chirurgie obstétricale et d'une salle contiguë de surveillance post interventionnelle située au bloc opératoire, obligeant le transfert des parturientes par un ascenseur, dans le cadre d'une césarienne.

⁷³Chambre Régionale des Comptes Nord Pas de Calais Picardie « Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise (CHCO) », ROD.0640, aout 2014, p 17.

Le projet de reconstruction prévoyait la mise en conformité d'une salle de chirurgie obstétricale attenante aux salles de travail.

Par ailleurs, l'activité de gynécologie est intégrée au sein du service de chirurgie et l'activité d'orthogénie en hôpital de jour.

L'activité de consultations de gynéco-obstétrique est, quant à elle, pratiquée dans un espace dédié, situé dans le prolongement de l'unité d'hospitalisation obstétricale.



L'activité revêt la forme de consultations de gynécologie, d'obstétrique, de pédiatrie, d'échographie gynéco-obstétricale, de préparation à l'accouchement et de rééducation périnéale.

Cette activité fait partie des plus importantes de l'établissement, en termes de nombre de consultations.

L'effectif médical se compose de :

- 2 praticiens gynécologues-obstétriciens PH⁷⁴ temps plein (dont la chef de service, qui est en prolongation d'activité à échéance définitive fin 2017), 1 PH temps partiel à hauteur de 0,5 ETP⁷⁵ et de 3 praticiens attachés à équivalent de 0,40 ETP.
- 1 praticien pédiatre PH temps partiel à hauteur de 0,5 ETP.

⁷⁴ Praticien Hospitalier, est un médecin titulaire de son poste en établissement de santé public.

⁷⁵ Équivalent Temps Plein.

Une convention est signée depuis 2004, avec le groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO) qui se compose notamment d'une maternité de type III, et permet l'intervention de certains de ses pédiatres à hauteur de deux demi-journées par semaine et assurant des astreintes de pédiatrie.

- l'équipe d'anesthésistes est composée de 3 praticiens PH à temps plein, et de 3 praticiens attachés à hauteur de 2 ETP.
- Les sages-femmes sont au nombre de 10, soit 6,6 ETP titulaires et 2 ETP vacataires, et 1 ETP de sage-femme coordinatrice.

L'effectif paramédical se compose de :

- 13 auxiliaires puéricultrices soit 12,8 ETP
- 2 secrétaires médicales soit 1,8 ETP
- 1 psychologue soit 0,25 ETP
- 1 assistante sociale soit 0,25 ETP

L'ensemble de l'équipe est très investie dans la qualité des soins et s'est engagée dans la démarche vers le label IHAB⁷⁶.

L'établissement adhère au réseau périnatal de Picardie, et a des conventions avec le CHU d'Amiens et le site de Creil du GHPSO concernant les transferts pédiatriques.

Il semble que l'abandon du projet de reconstruction et les menaces de cessation d'activité du service gynéco-obstétrique, relayés par la presse ont affaibli l'activité pour le secteur d'hospitalisation, alors que l'activité du secteur de consultation reste soutenue comme on peut le remarquer dans le rapport d'activité 2015.

ACTIVITÉ 2015						
	nb naissances	nb entrées	nb journées	taux occupation	durée moyenne séjour	
Gynéco-Obstétrique hospitalisation	367	428	1625	49,50%	3,8	
Écart en %	-15%	-17%	-16%	-3,29%	+1%	

⁷⁶ Label Initiative Hôpitaux Amis des Bébé ; démarche qualité reconnu par l'OMS, qui consiste à la mise en place de pratiques professionnelles hospitalières qui respectent les besoins et rythmes des nouveaux nés et favorisent l'accompagnement à l'allaitement maternel.

	nb consult gynéco	nb consult SF	nb consult pédiatre	prépa acc	rééducation périnéale	nb IVG
Gynéco-Obstétrique Consultation	2763	2571	718	379	458	169
Écart en %	+2%	-5%	+25%	+42%	+132%	

77

D'autre part, il faut noter que la modernisation des locaux et de la qualité hôtelière, est un préalable à l'augmentation de l'activité. C'est d'ailleurs ce que souligne la Cour des Comptes. Elle précise également « *Encore faudrait il que l'établissement ait les moyens de financer ces travaux, mais également de conforter l'effectif médical dans une discipline en pénurie. L'activité d'obstétrique ne peut assurer sa rentabilité de manière autonome et l'établissement ne dégage pas de marge de manœuvre budgétaire pour la soutenir. L'activité d'obstétrique contribue fortement à son déficit et menace l'équilibre financier de la structure. Son devenir dépend de l'appréciation portée par l'ARS sur l'utilité de son maintien pour répondre à la demande sur le territoire de santé.* »⁷⁸

Le 14 décembre 2011, la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS) a émis un avis défavorable au renouvellement de l'autorisation de l'activité de gynécologie obstétrique en hospitalisation complète, en considérant la faible activité du site, les locaux peu adaptés et la fragilité de la continuité des soins, notamment en pédiatrie et en anesthésie, source d'insécurité.

Par ailleurs, elle a considéré que l'offre périnatale était suffisante sur le territoire pour répondre aux besoins et qu'au vu de la baisse annoncée des professionnels médicaux et des problématiques de recrutement déjà existants sur certains sites de la région, il était préférable d'optimiser le temps médical sur les autres établissements⁷⁹.

De ce fait, l'établissement bénéficie d'un développement spécifique dans la présentation générale du SROS « *Considérant l'existence d'offres de soins proches sur le présent territoire de santé et sur celui de Oise-Est, pouvant satisfaire les besoins de santé de la population, une évaluation des conditions de poursuite ou d'arrêt des actes d'accouchement sur le site dont l'activité est la plus faible sera réalisée au second semestre 2013. Cette évaluation a pour objectifs de déterminer ces conditions en termes de sécurité, de qualité, et d'efficience et au regard des besoins*

⁷⁷ Rapport d'Activité, Centre Hospitalier Général de Clermont de l'Oise, décembre 2015, p 3.

⁷⁸ Chambre Régionale des Comptes Nord Pas de Calais Picardie « Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise (CHCO) », ROD.0640, aout 2014, p 1.

⁷⁹ Procès Verbal du 14 décembre 2011 de la commission spécialisée de l'organisation des soins, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, ARS Picardie, p 7.

d'investissement pour y parvenir. Elle tiendra compte de l'existence d'une CHT sur ce territoire. »⁸⁰

Mais le CHCO a alors constitué l'une des difficultés d'élaboration du projet régional de santé (PRS), considérant son rapprochement récent avec le CHB et la constitution d'une FMIH « *Dans le territoire de santé Oise-Ouest, la période d'évaluation des activités de chirurgie et d'obstétrique de l'hôpital de Clermont a été allongée, compte-tenu de la dynamique de coopération nouvellement engagée entre cet établissement et le centre hospitalier de Beauvais ».*⁸¹

Une mission d'évaluation sur les activités d'obstétrique et de chirurgie a donc été diligentée par l'ARS de Picardie en février 2015.

Pourtant maintes fois annoncé, le résultat de cette mission n'a jamais été officialisé, ni publié. Toutefois, le directeur de l'hospitalisation de l'ARS de Picardie présent lors du conseil de surveillance du 23 octobre 2015 a fait part des principaux constats de la mission concernant l'obstétrique «*les locaux sont vétustes, l'activité de la maternité a diminué, l'environnement est concurrentiel, le poids de la couverture médicale et de la permanence des soins avec un accouchement par jour est très important, et l'âge des praticiens représente une difficulté pour l'avenir. L'activité de la maternité est fragile car elle subit les effets des discours négatifs à son égard. Mais, par ailleurs, la mission a été surprise par la motivation et l'investissement des personnels soignant dans cette petite structure.*

Un travail doit donc être réalisé sur la maternité concernant les volumes, les scénarios par rapport aux conséquences en cas de disparition de la maternité. »⁸²

Finalement, la collaboration attendue avec le CHB dans le cadre de la FMIH, ne s'est que très peu développée, en raison notamment, des difficultés budgétaires importantes rencontrées par le CHB, l'obligeant à un PRE austère, comme le précise le directeur de l'hospitalisation de l'ARS Picardie «*il est important de progresser sur la complémentarité entre les deux établissements en développant un réel partenariat. L'investissement du centre hospitalier de Beauvais dans ce partenariat a put être rendu difficile de par sa situation financière, ses propres difficultés devant être gérées en interne. »⁸³*

L'établissement est, par conséquent, en attente du positionnement du Directeur Général de la nouvelle ARS Nord Pas de Calais Picardie, le Docteur Jean-Yves GRALL, au sujet du devenir des activités de chirurgie et d'obstétrique, sachant

⁸⁰, « Schéma Régional d'Organisation des Soins(SROS), volet Ambulatoire, volet Hospitalier », ARS de Picardie p 418.

⁸¹ Projet Régional de Santé 2012-2017, ARS de Picardie, p 58.

⁸² Procès verbal du conseil de surveillance du 23 octobre 2015, p 4.

⁸³ Ibid. p 4.

que pour son activité de gynécologie obstétrique en hospitalisation complète, son autorisation d'activité court jusqu'en 2017.

1. 4 Caractéristiques d'un Centre Périnatal de Proximité

Un centre périnatal de proximité (CPP) est une structure médicale de proximité qui assure différents actes de consultations et de prévention en lien avec la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie et la planification familiale (Consultations pré et post natales, préparation à l'accouchement, enseignement des soins aux nouveaux nés, consultation de planification familiale, rééducation périnéale, consultation de gynécologie, d'orthogénie, d'échographie, de pédiatrie).

Ces actes sont pratiqués par des médecins gynécologues obstétriciens, des pédiatres et des sages-femmes.

Le CPP se localise, dans la très grande majorité des cas, au sein d'un établissement de santé, car il se substitue souvent à un service de maternité qui n'est plus autorisée à pratiquer l'obstétrique, conformément au décret de périnatalité de 1998⁸⁴.

Le CPP est sous la responsabilité d'un médecin et doit être rattaché, par convention dans le cadre d'un réseau, à un autre établissement de santé qui lui, est autorisé à pratiquer l'obstétrique.

Il collabore avec les partenaires de proximité autour de la naissance : maternités, services de protection maternelle et infantile (PMI), centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), et d'autres professionnels médicaux et médico-sociaux.

Son existence législative est définie par le code de la santé publique⁸⁵ « *Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du*

⁸⁴ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

⁸⁵ Code de la santé publique (Nouvelle partie Réglementaire), Chapitre III Conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds Section 3 : Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, article R6123-50.

centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

Outre la rémunération de son activité de consultation via la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), le financement du CPP provient des agences régionales de santé (ARS) via le Fond d'Intervention Régional (FIR)⁸⁶ et, s'il existe une prise en charge de populations spécifiques, au titre des Missions d'Intérêt Générales (MIG)⁸⁷.

Les missions du CPP représentent donc une offre de soins de proximité, au profit de la filière femme/mère/enfant au sein d'un réseau de santé.

Au vu des politiques de santé relatives à l'obstétrique, et comme préconisé dans le dernier plan de périnatalité 2005-2007, les CPP vont être amenés à se développer et à élargir leur activité hors les murs.

En effet, avec les durées de séjours qui se raccourcissent, les besoins de prise en charge à domicile des parturientes vont augmenter et pourront être notamment assurés par les sages-femmes des CPP.

⁸⁶ Décret no 2015-1230 du 2 octobre 2015 relatif au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

⁸⁷ Arrêté du 18 avril 2014 portant modification de l'arrêté du 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des missions d'intérêt général.

2. LA CONDUITE DU PROJET

« *L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare* » Maurice Blondel.

2.1 Les objectifs du projet et son calendrier

A l'initiative du président de CME, la direction m'a sollicité pour élaborer ce projet. Elle a objectivé de me nommer responsable de celui-ci pour plusieurs raisons :

- Mon positionnement au sein de la structure, en tant que sage-femme coordinatrice du service de maternité, et de la spécificité du champ de la gynécologie-obstétrique.
- Mon positionnement au sein du territoire, en tant que membre de la CRSA et la CSOS de l'ARS Picardie depuis 2010, m'amenant à une connaissance des enjeux et problématiques territoriaux.
- Mon cursus universitaire en cours vers un Master 2 m'engageant dans une démarche de projet.

En octobre 2015, une réunion avec la direction a alors dégagé les objectifs du projet, formalisés par une lettre de mission⁸⁸ et une note de cadrage⁸⁹.

L'objectif principal du projet est d'anticiper la décision de l'ARS, de transformer une activité d'obstétrique, en une unique activité de consultation. Ainsi l'établissement souhaite être en capacité de proposer à l'ARS, un projet réfléchi, correspondant aux besoins définis du territoire, et dont l'activité développée sera viable financièrement.

L'objectif secondaire concerne la gestion des ressources humaines, par une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Celle-ci devra être menée en déterminant les prévisions de besoins d'effectifs et de compétences de cette unique activité, les moyens pour y parvenir, et l'accompagnement au changement des équipes. Sachant, par ailleurs, qu'il n'existe pas d'autres services au sein de l'établissement employant des sages femmes et des auxiliaires de puériculture ; proposer une activité ambitieuse de consultations de la filière femme/mère/enfant a également pour but, d'optimiser le nombre d'agents reclassés dans un domaine qui est le leur, celui de la périnatalité.

Après avoir spécifié les freins et les leviers du projet au travers d'un SWOT⁹⁰.

⁸⁸ Annexe 1 p 69.

⁸⁹ Annexe 2 p 70.

⁹⁰ SWOT: Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats

	POSITIF	NÉGATIF
	FORCES	FAIBLESSES
ORIGINE INTERNE	un projet soutenu par la direction et le président de CME	un projet non officiel au sein l'établissement
	de par la taille de l'établissement ; un accès facilité à la direction, au président de CME et aux acteurs institutionnels pour le chef de projet	un chef de projet seul : pas de groupe de travail
	une accessibilité à tous les moyens nécessaires pour élaborer le projet	les médecins du service de maternité, attentistes quant à l'avenir de leur unité
	une activité de consultation déjà soutenue	une ambiance pesante du fait de l'incertitude quant à l'avenir du service, amenant un risque fort de résistance au changement de la part des agents
	OPPORTUNITÉS	MENACES
ORIGINE EXTERNE	des objectifs inscrits dans le SROS PRS de l'ARS Picardie	La fusion des ARS : changement de tous les interlocuteurs
	un projet en lien avec les politiques de santé nationales concernant l'obstétrique	un calendrier inconnu : dépendant de la décision de l'ARS, qui peut nécessiter une mise en place rapide
	pas ou peu de professionnels libéraux dans la filière femme/mère/enfant dans la zone de recrutement	aucune information, ni visibilité sur la mise en place du GHT au 1 juillet 2016
	l'augmentation démographique constante du territoire	un enjeu politique fort au vu de la symbolique d'une fermeture de maternité

Il faut noter que le contexte institutionnel régional n'est pas clair, et n'offre pas la possibilité d'élaborer un calendrier définitif. De fait, réactivité et adaptabilité sont donc nécessaires pour l'élaboration de ce projet. Il pourra alors s'avérer être un élément d'aide à la décision ou un élément d'accompagnement à la décision.

2.2 L'analyse de l'existant

2.2.1 L'offre libérale de la filière femme/ mère/ enfant du secteur

Le pays Clermontois-plateau picard connaît une des plus faibles densités de médecins généralistes et spécialistes de Picardie⁹¹ avec une densité de 8,1 médecins pour 10.000 habitants (Oise (8,6), Picardie (9,7) et France métropolitaine (11,1)).

Ainsi, la démographie de professionnels de santé libéraux, pour la filière femme mère/ enfant est quasi inexistante sur le territoire Clermontois.

- Il n'y a plus de cabinet de pédiatre : l'unique pédiatre est parti en retraite en 2010, et n'a pas trouvé de successeur.
- Il n'y a pas de cabinet de sage-femme libérale.
- Il n'y a qu'un seul gynécologue-obstétricien en cabinet, proche de la cessation d'activité.

36 sages-femmes libérales⁹² sont installées dans le département de l'Oise. Selon le recensement de 2012, le département compte 51,3% de femmes sur une population totale de 810.300 habitants. Les naissances sont au nombre 10.941 par an⁹³. Par ailleurs, on peut constater que les cabinets libéraux de sages-femmes sont principalement implantés près des villes urbaines possédant une maternité (Beauvais, Compiègne, Senlis).

Par conséquent, il n'existe aujourd'hui que très peu d'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) concernant le champ de la périnatalité, très peu de PRADO ou de sorties précoces de maternité, sur le secteur de Clermont (1.093 naissances par an en moyenne⁹⁴), essentiellement en raison d'un manque de professionnel.

2.2.2 L'offre actuelle de consultations du centre hospitalier

Au vu du manque d'offre de soins libéral, la demande de consultations pour la filière femme/ mère/ enfant est très forte pour l'établissement. Malgré une activité soutenue, toutes les demandes ne peuvent pas être honorées.

Il existe deux raisons au développement limité de cette activité : premièrement, le nombre de salles disponibles est insuffisant.

⁹¹ OR2S/Conseil Régional de Picardie, « Diagnostic territoriaux de santé, des pays de Picardie, Clermontois-plateau Picard », février 2010, page 35.

⁹² Annuaire des sages-femmes libérales, conseil national de l'ordre de sages-femmes.
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairesflib/>

⁹³ Source INSEE, recensement 2012.

⁹⁴ OR2S/Conseil Régional de Picardie, « Diagnostic territoriaux de santé, des pays de Picardie, Clermontois-plateau Picard », février 2010, page 8.

Les locaux disponibles :

- Au sein du pôle de consultation Maternité
 - 1 salle d'attente.
 - 1 salle de consultation d'échographie gynécologie-obstétrique.
 - 1 salle de consultation sage-femme.
 - 1 salle de consultation gynéco-obstétricien.
 - 1 salle de consultation mixte (sage-femme /gynéco).
 - Le bureau de la chef de service, aménagé en partie pour l'activité de rééducation périnéale.

- En dehors du pôle de consultation Maternité
 - 1 salle de consultation (au sein des consultations centrales) partagée avec d'autres praticiens (consultation de Pédiatrie).
 - 1 salle dédiée à l'activité de préparation à l'accouchement dans un bâtiment extérieur au service de maternité.

Deuxièmement, le temps de travail des professionnels de santé n'est pas uniquement consacré à cette activité, et fluctue en fonction des impératifs de permanence des soins du secteur hospitalisation. Nous pouvons, en effet constater dans ce tableau illustrant le temps moyen consacré à l'activité de consultation par chaque catégorie de professionnel, que toutes sont inférieures à un temps plein.

temps moyen consacré à l'activité de consultation par catégorie de professionnel			
Type de praticien	Nombre de praticien (% de l'effectif total)	Temps ETP	Nb de journée/ semaine
Gynéco-obstétricien	6 (100%)	0,75	4
Pédiatre	1 (100%)	0,35	1,5
Sage-femme	3 (30%)	0,8	4

95

Ainsi, en conséquence du temps moyen consacré à l'activité de consultation, la priorisation est donnée aux consultations d'obstétriques, de gynécologies, et d'échographies, pourvoyeuses d'activité pour le service d'hospitalisation et mieux

⁹⁵ Rapport d'Activité, Centre Hospitalier Général de Clermont de l'Oise, décembre 2015, p 4.

valorisées financièrement. Les cours de préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale sont alors souvent la variable d'ajustement.

Les consultations, tous professionnels confondus, se déroulent du lundi au vendredi, sur une amplitude horaire de 9h à 18h.

Les sages-femmes pratiquent la quasi totalité des consultations d'obstétrique physiologique, ainsi que les cours de préparation à l'accouchement et de rééducation périnéale.

Les gynécologues-obstétriciens prennent en charge les grossesses pathologiques, les échographies gynéco-obstétricales, l'orthogénie, et les consultations gynécologiques.

Toutefois, et conformément au développement de leur champ de compétences⁹⁶, les sages-femmes pratiquent également des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention⁹⁷, impulsées par une demande grandissante des parturientes.

La diminution du nombre d'accouchements (367 naissances en 2015 soit une baisse de 15% par rapport à 2014) a indéniablement eu un impact et est corrélé à la baisse du nombre de consultations d'obstétriques et d'échographies obstétricales.

Malgré tout, l'activité de consultations du service maternité reste soutenue et demeure une des plus importantes de l'établissement⁹⁸.

2.2.3 L'étude réalisée dans certains centres périnataux de proximité

Comme indiqué et représenté en première partie (1.2.2- l'offre de soins régionale en périnatalité – p.19) il existe sept CPP en Picardie.

Il m'est apparu important d'appréhender l'organisation, l'activité et les spécificités de CPP aux caractéristiques différentes, au travers d'une visite de certains d'entre eux.

Dans ce but, j'ai donc élaboré une fiche d'entretien semi directive⁹⁹, pour servir de base de recueil de données lors de mes visites au sein de ces structures.

J'ai ainsi visité les CPP de :

- Noyon (60 Oise)
- Montdidier (80 Somme)
- Doullens (80 Somme)

⁹⁶ Référentiel métier et compétences des sages-femmes, Conseil national de l'ordre des sages femmes, janvier 2010, 34 pages, p 2.

⁹⁷ Article L4151-1 du code de la santé publique 2009.

⁹⁸ Annexe 3 p 72.

⁹⁹ Annexe 4 p 73.

Bilan et analyse des visites et des entretiens

Les professionnels rencontrés sont des sages-femmes : l'une d'elle est, coordinatrice du CPP et coordinatrice de la maternité de référence, et les trois autres exercent au sein des CPP¹⁰⁰.

Quel que soit la date d'ancienneté de création du CPP, il apparaît que la principale difficulté repérée lors de la transformation de la maternité en CPP, est le reclassement du personnel et la gestion du changement. La spécificité de la périnatalité pose de réelles problématiques en termes de reclassement.

En effet, les sages-femmes ne peuvent exercer qu'au sein d'un service obstétrical. Quant aux auxiliaires de puéricultures, au sein d'un établissement de santé, elles exercent normalement dans un pôle mère/ enfant.

Les liens relationnels établis avec la maternité de référence conditionnent la place et le rôle du CPP dans le paysage périnatal du secteur.

Dans les trois cas observés et étudiés, le logiciel informatique du dossier patient était identique entre la maternité de référence et celui du CPP.

L'effectif des sages-femmes et l'effectif non médical (auxiliaire de puériculture, secrétaire, agent des services hospitaliers) est à peu près similaire sur les différents sites. Cependant, l'effectif des gynécologues et des pédiatres est très variable (il y a, par exemple, une consultation de gynécologue tous les 15 jours à Montdidier alors qu'il y en a une journalière à Noyon), cela conditionne donc grandement l'activité.

On peut remarquer que peu de professionnels médicaux exercent à temps complet au sein des CPP (il semble qu'il s'agisse de choix familiaux pour les sages-femmes et de choix d'exercice pour les médecins).

Concernant les locaux, le type et le nombre de pièces sont similaires pour les trois CPP, même si les surfaces au sol peuvent différer.

Ils sont pour tous, situés dans les anciens locaux de la maternité. Il faut donc noter que les locaux sont à la création du CPP, tous surdimensionnés. Ensuite, l'établissement y réaffecte en général une autre activité, ce qui semble donner aux membres du CPP, le sentiment d'une réduction d'activité.

Il serait intéressant d'analyser ces pratiques, pour comprendre les raisons qui font que les établissements choisissent d'attendre, souvent plusieurs années, avant de redéployer une autre activité au sein des anciens locaux du service de maternité.

Quant aux plages d'ouvertures des CPP, elles sont celles d'horaires « classiques » de bureau, en moyenne de 9h à 17h en semaine sauf le mercredi. Il

¹⁰⁰ Ibid. p 85.

semble que les horaires d'ouverture du CPP, soient définis principalement en fonction des desideratas des professionnels et non suite à une étude des besoins.

Le type d'activité est similaire d'un centre à l'autre, et s'exerce uniquement sur rendez-vous au sein des locaux du CPP.

Malgré une présence de sage-femme libérale faible, la gestion d'activités à domicile (HAD, PRADO, sorties précoces) n'est envisagée par aucun des CPP. Outre, un pôle HAD déjà existant au sein du centre hospitalier intercommunal Compiègne Noyon (CHICN), dans les autres CPP les sages-femmes interrogées estiment l'activité sur site, suffisante pour leur effectif.

Le nombre d'actes est quasiment équivalent concernant les sages-femmes d'un CPP à l'autre. Cependant, il est très fluctuant pour les médecins, puisqu'il dépend du temps imparti à l'activité pour le CPP.

Il faut souligner qu'aucune personne interrogée, ne connaît la situation financière du CPP, ni sa rentabilité. Hormis les cotations CCAM et NGAP en lien avec l'activité de consultation, l'existence ou la hauteur des autres moyens de financement ne sont pas connues (dotations FIR et MIGAC).

Il ressort de cette étude, que les points de vigilance devraient être :

- D'entretenir et de développer les liens avec les maternités environnantes et particulièrement celle de référence.
- D'assurer une présence médicale journalière.
- De développer les réseaux et la communication avec les professionnels de santé du secteur et particulièrement les médecins traitants.
- D'avoir une politique forte de communication à destination de la population.

2.3 L'analyse des besoins

Au vu de tous les éléments recensés, il apparaît que la zone du pays Clermontois accusera un déficit majeur d'offre de soins de suivi, déjà présent, pour la filière Femme/ Mère/ Enfant sur le secteur, à cause d'une corrélation entre :

- L'évolution des politiques de santé et la diminution des durées de séjours en obstétrique,
- La pénurie de l'offre libérale,
- L'absence de prise en charge organisée à domicile, dans le champ de la périnatalité,
- la croissance démographique continue du secteur,
- la fermeture de l'unité d'obstétrique du centre hospitalier,

Pour répondre aux besoins d'offre de soins du territoire et aux prérogatives du PRS 2012/2017 de l'ARS Picardie, il paraît alors indispensable, qu'en lieu et place de l'unité d'obstétrique, le centre hospitalier général de Clermont de l'Oise puisse déployer un important Centre Périnatal de Proximité.

2.4 Les deux scénarios proposés

Le projet peut être formalisé sous la forme de deux scénarios :

1. un centre périnatal avec une activité sur site¹⁰¹
2. un centre périnatal avec une activité mixte : sur site /à domicile ¹⁰²

L'activité de consultation sur site a été considérée du même ordre dans les deux scénarios.

Cependant, nous pouvons constater, qu'outre le fait de répondre à des besoins de santé du territoire, non pourvus actuellement en termes de prise en charge à domicile dans le champ de la périnatalité, le scénario « activité mixte » présente un meilleur résultat financier.

Par ailleurs, le fait de se déplacer à domicile semblerait favoriser une fidélisation ultérieure des parturientes. Il apparaît donc qu'à terme, les visites à domicile entraîneraient une augmentation de l'activité sur site.

D'autre part, considérant la difficulté de reclassement des sages-femmes au vu de leur spécificité professionnelle, le scénario « activité mixte » permettrait le reclassement d'un 0,7 ETP supplémentaire de l'effectif actuel du service de maternité.

De plus, les sages-femmes pourraient trouver, dans une activité mixte, des possibilités de développer des prises en charge globales, fonctions au cœur de leur métier, et par conséquent faire correspondre leur pratique professionnelle avec une grande partie de leur champ de compétences¹⁰³.

Ainsi, cela leur permettrait peut être également de les ré assurer dans leur identité professionnelle qui sera mise à mal par la fermeture du service de maternité, et par la perte symbolique de l'accompagnement et de l'acte d'accouchement.

En effet, et quel que soit le scénario choisi, la gestion du volet ressources humaines en lien avec la fermeture du service de maternité sera délicate, et devra

¹⁰¹ Annexe 5 p 80.

¹⁰² Annexe 6 p 87.

¹⁰³ Référentiel métier et compétences des sages-femmes, conseil national de l'ordre des sages femmes janvier 2010, 34 pages.
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

considérer, la gestion du changement et le reclassement des agents tout en prenant bien en compte, la dimension psychologique et sociologique de cette fermeture.

3. LA GESTION MANAGÉRIALE DU PROJET

La situation managériale de mon projet est particulière, puisqu'il s'agit d'anticiper la gestion d'un changement, la gestion d'une rupture, qui sera vécue émotionnellement de manière intense par les différents personnels, concernés par la décision de fermeture du service de maternité.

Celle-ci n'est aujourd'hui ni actée, ni annoncée officiellement mais elle demeure inéluctable et considérée comme telle officieusement. C'est pourquoi, il est nécessaire d'être plus que réactif, il faut être proactif dans ce projet de CPP.

Il est à préciser que le projet de gestion managériale qui m'incombera ne concernera qu'une partie du personnel, puisque l'autre partie sera prise en charge par la direction des ressources humaines, dans le cadre de leur processus de reclassement.

Dans un premier temps, je propose d'évoquer la spécificité du lieu : une maternité est certes un service de soins, parmi d'autres au sein d'un hôpital, mais il véhicule un caractère symbolique, car il s'inscrit de manière forte dans l'esprit collectif. Cette spécificité est nécessairement à prendre en compte dans la gestion managériale à mener.

Puis, dans un second temps afin d'optimiser la gestion du changement, il m'a semblé impératif d'en comprendre véritablement les enjeux et de pouvoir établir un diagnostic, permettant d'établir des prérequis afin de mener au mieux ce changement.

3.1 La dimension sociétale et symbolique du lieu de la naissance

Outre l'importance de la gestion des ressources humaines (RH) dans ce projet, il m'a semblé nécessaire d'évoquer la symbolique que représente la fermeture d'un service de maternité au niveau sociétal d'une part et d'autre part, au regard de la spécificité du métier de sage-femme. Le renoncement auquel elles devront se préparer dans leur pratique professionnelle, puisqu'elles ne pratiqueront plus d'accouchement, acte qui nous ramène à l'essence même de l'humanité et pour lequel, elles avaient choisi ce métier.

La compréhension de ces spécificités apportera un éclairage supplémentaire pour certaines prises de décisions dans la gestion RH du projet.

3.1.1 La maternité: une empreinte sociétale particulière.

Comme exposé en première partie, depuis les années 1980, les fermetures de maternité de type I se sont amplifiées. Intervenant généralement dans des villes semi rurales, la fermeture d'un service de maternité suscite toujours au sein de la population, une forte émotion amenant des manifestations et des pétitions contre une telle décision. Aussi, la fermeture n'est pas simplement perçue comme une restructuration économiquement nécessaire, mais comme un déclassement de la commune, une perte de vie du territoire « *la fermeture d'une maternité dans une petite ville signifie une perte d'emplois, une perte de prestige pour la ville et le début d'un déclin global. Il se trouve également que la population se sent davantage en sécurité avec une maternité proche de son lieu de vie.* »¹⁰⁴

Ainsi, outre les craintes de retombées économiques défavorables, c'est aussi la valeur symbolique qui est en jeu « *les petits hôpitaux sont souvent le premier employeur de la ville, leur présence entraîne celle de médecins spécialistes en ville, leurs dépenses ou celles de leur personnel ont des retombées sur toute l'économie locale. Comment, se demandent les élus, réussir à attirer des entreprises, des jeunes ménages ou conserver sur place les jeunes de la ville, quand ils fondent une famille, s'il n'y a pas sur place une maternité ? Au-delà du service assuré à la population, la valeur symbolique de la maternité ou de l'hôpital est indéniable : peut-on encore prétendre au statut de ville si l'on n'en dispose pas ? Sans compter que la fermeture d'une maternité rompt une histoire millénaire: pour la première fois depuis des siècles on ne naîtra plus ici.* »¹⁰⁵

En supprimant un service de maternité, c'est l'essence et la représentation même de « la famille » qui sont atteintes. Les mères et les filles, future mère en puissance, ressentent un sentiment d'insécurité, car elles vont devoir mettre au monde leur enfant loin de leur environnement proche, à un moment de leur existence où l'isolement est néfaste, tant cet acte les rend psychologiquement fragiles.

Par ailleurs, la symbolique d'une fermeture de maternité de proximité pour les futures mères n'est pas la seule à étudier. De l'autre côté du miroir, les sages-femmes qui mettent au monde des enfants, encore aujourd'hui à la maternité de Clermont de l'Oise, vont devoir modifier leur perception de la profession et ne plus pratiquer d'accouchement. Elles vont devoir appréhender autrement leur profession si spécifique.

¹⁰⁴ NORVEZ Alain. « Naitre sans risque : la quête des petites maternités », cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1997, vol 37, n°1, p 5-32.

¹⁰⁵ SUBRA Philippe « Les conflits autour de la restructuration des services publics en zone rurale », sciences de la société, 86|2012, p 126-133.

3.1.2 Sociologie et singularités du métier de sage-femme

L'historique

Jusqu'au XVII^e Siècle, avant d'être une profession, l'accompagnement des accouchées est une fonction sociale assurée par des femmes : les matrones¹⁰⁶.

Comme le décrira J. GELIS¹⁰⁷, elles sont identifiées comme personne ressource de la communauté. Aussi ces femmes sont assimilées à leur fonction, elles n'ont pas de formation, mais c'est leur expérience personnelle d'accouchement qui les rend apte à accompagner les femmes en couches, assurant alors un lien entre sa vie et sa fonction¹⁰⁸ « *La matrone était souvent une femme plutôt âgée, ayant eu plusieurs enfants et pouvant subvenir à ses besoins grâce à cette fonction et les revenus qu'elle en retirait.* »¹⁰⁹

La matrone occupe donc une position privilégiée auprès des femmes, ce qui lui confère un véritable pouvoir. Mais, à partir du XVII^e Siècle, l'émergence de l'obstétrique dans le milieu médical et la volonté de lutter contre la mortalité maternelle et infantile, source d'affaiblissement de la nation, va conduire l'Église et l'État à orchestrer l'éviction des matrones : « *on la suppose imprégnée de magie, de sorcellerie, on la croit complice de ces crimes que sont l'avortement et l'infanticide.* »¹¹⁰

Ainsi, comme l'explique J. GELIS « *c'est une campagne bien orchestrée de dénigrement de la matrone qui se met en place. Mais derrière le motif de « l'impéritie des matrones », autrement dit de leur ignorance et de leur inaptitude, c'est aussi une reprise en main, relayée par les autorités religieuses, du pouvoir sur la communauté des femmes.* »¹¹¹

La place de la matrone va donc régresser considérablement en lien avec le développement de l'obstétrique. Ainsi la médicalisation de la naissance va conduire à la considération, que l'accompagnement des accouchées ne relève plus seulement d'une fonction mais d'un métier, d'une profession : sage-femme « *C'est donc bien l'avènement de compétences spécifiques et originales qui marquent le passage de la*

¹⁰⁶ CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, «Sociologie de la naissance », Armand Colin, 2013, page 22.

¹⁰⁷ GELIS Jacques «L'arbre et le fruit.la naissance dans l'occident moderne.XVI-XIX siècle », Paris, Fayard, 1984, 612 pages.

¹⁰⁸ CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, «Sociologie de la naissance», Armand Colin, 2013, p 22.

¹⁰⁹ Ibid. p 23.

¹¹⁰ KNIBIEHLER Yvonne, FOUQUET Catherine, « La femme et les médecins », Hachette Littérature, 1983, p 178.

¹¹¹ CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, « Sociologie de la naissance», Armand Colin, 2013, p 23.

matrone à la sage femme, ces compétences étant « obstétricales » selon la terminologie médicale.»¹¹²

Les sages-femmes deviennent des professionnelles de l'obstétrique formées dans des écoles à visée scientifique. « *On doit à Mme de COUDRAY, elle même sage-femme, la première tentative de formation systématique de formation clinique des sages-femmes (1759).* »¹¹³

Malgré tout, selon P. CHARRIER, la sage-femme ne parviendra jamais à avoir la notoriété et la place sociétale que détenait la matrone, car l'avènement des hommes médecins dans la naissance l'en empêchera définitivement.

Ainsi, l'État va définitivement asseoir la supériorité hiérarchique des médecins sur les sages-femmes en définissant son champ de compétence comme une délégation médicale de la physiologie « *Après avoir interdit l'exercice d'accoucheuse non diplômée, l'État a délégué l'organisation de la formation des sages-femmes aux médecins et a rappelé que le métier de sage-femme est une profession médicale à « compétence limitée » qui reste donc soumise aux prescriptions médicales .»¹¹⁴*

Le cadre légal

Actuellement, la profession de sage-femme est définie par un cadre législatif, le code de la santé publique « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.(...) L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.* »¹¹⁵

ainsi « *Les sages-femmes présentent une particularité dans le système de soins français : elles ont le statut de profession médicale à compétences limitées* »¹¹⁶ et paradoxalement, le caractère médical des sages-femmes françaises

¹¹² Ibid. p 25.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴JACQUES Béatrice, «Sociologie de l'accouchement », PUF, 1^{ère}édition 2007, 4^{ème}tirage févr.2013, p 49.

¹¹⁵ Code de la santé publique - Article L4151-1.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>

¹¹⁶ JACQUES Béatrice, «Sociologie de l'accouchement », PUF, 1^{ère}édition 2007, 4^{ème}tirage févr.2013, p 75.

et leur formation via le PACES est une exception européenne (5 ans grade Master). En effet, dans les autres pays, le diplôme de sage-femme est délivré soit lors de spécialisation du cursus infirmier, soit par le biais d'écoles spécifiques de sages-femmes (de 3 à 5 ans).

La pratique des sages-femmes en France est donc régit, en tant que profession médicale, par un code de déontologie et administré par un ordre.

Son champ de compétences

Son champ de compétence est déterminé par la gestion de l'eutocie gynécologique et obstétricale. Elle est donc habilitée à gérer toutes les phases physiologiques de la vie génésique de la femme.

Ainsi comme le précise G. CANGUILHEM¹¹⁷, la physiologie est définie comme étant la science des situations et des conditions biologiques dites normales. La science de l'étude des maladies, de leurs causes et leurs symptômes correspond à la pathologie.

Son autonomie relative

D'après le concept développé par E. FRIEDSON¹¹⁸, l'autonomie d'une profession est atteinte à condition de contrôler un domaine d'activité où la pratique n'exige ni un contrôle ni le besoin à un recours d'une autorité.

Concernant l'autonomie des sages-femmes, elle est limitée par le principe de délégation par les médecins de la physiologie, qui témoigne d'une certaine position subalterne des sages-femmes par rapport aux médecins, comme le souligne D. CARRICABURU « *tous les actes et toutes les prescriptions d'examen et de médicaments autorisés aux sages-femmes peuvent être effectués par les médecins* »¹¹⁹.

Ses modes d'exercices et d'activité

En 2015, le nombre de sages-femmes pratiquant en France est de 21 700 et les modalités de leur exercice revêtent différentes formes : en établissement de santé public ou privé (75 % des sages-femmes), en activité libérale (20%), en collectivités

¹¹⁷ CANGUILHEM Georges, « Le normal et le pathologique », PUF, 1^o édition 1966, 12^o éditions 2013, 290 pages.

¹¹⁸ FRIEDSON Eliot « La profession médicale », Payot, médecine et sociétés, 1984, 369 pages.

¹¹⁹ CARRICABURU Danièle « Les sages-femmes face à l'innovation technique : le cas de la péridurale », in P. Aïach et D. Fassin, les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Anthropos, p281-308.

territoriales, protection maternelle et infantile (3%), autres (enseignement, CPP) (2%)¹²⁰.

Contrairement aux idées reçues, ce ne sont pas les accouchements qui représentent leur principale activité, comme le détaille P. CHARRIER¹²¹, la sage-femme concentre son activité autour de 6 actes (les soins infirmiers, les suites de couches, la surveillance de grossesse pathologique, l'accouchement physiologique, la participation à l'accouchement pathologique, et la réfection d'épisiotomie) qui sont pratiqués par au moins les ¾ d'entre elles.

Mais si ces actes « périnataux » sont nécessaires pour que s'accomplisse dans les meilleures conditions, l'acte de naissance en lui même, il n'en demeure pas moins que cet acte, dont la représentation symbolique a quelque chose de « magique » et d'émotionnellement fort, au travers un lien de confiance et de respect entre la mère et la sage-femme.

C'est pourquoi je m'interroge sur la privation de cet « acte de naissance » si singulier pour ces professionnels qui ne pourront plus accompagner ces émotions particulières inhérentes à l'accueil de l'enfant, et qui leur enlève une fonction essentielle jusqu'à ce jour considérée comme la représentation sociale du métier de sage-femme, comme le décrit B. JACQUES « *L'accouchement, la mise au monde, représente pour chacun des professionnels de la naissance l'acte qui fonde le métier. Sages-femmes et médecins sont unanimes : c'est l'acte le plus gratifiant. On donne un nouvel être aux parents, à la société.* »¹²²

3.2 La gestion du changement

De part ma fonction de sage-femme coordinatrice, mon rôle managérial sera d'accompagner les personnels dans le processus de transformation du service de maternité en CPP.

Ainsi, ma mission est de conduire et d'impulser une démarche de changement auprès du personnel, afin qu'il puisse se projeter dans de nouvelles fonctions.

La gestion du changement a pour but de faciliter l'adaptation aux nouvelles organisations. Il est donc essentiel de minimiser les incertitudes et de conduire les professionnels concernés vers une adhésion au projet. Il faut y construire du sens et l'impulser à l'équipe.

¹²⁰ Sources conseil national de l'ordre de sages-femmes.

¹²¹ CHARRIER Philippe, « Les sages femmes en France », rapport de recherche, Université de Lyon, Centre Max Weber-UMR 5283-CNRS, janvier 2011, pages 74.

¹²² JACQUES Béatrice, « Sociologie de l'accouchement », PUF, 1^o édition 2007, 4^o tirage févr. 2013, p 86.

J'ai donc choisi d'expliquer ma démarche, en communiquant le plus possible à chaque étape importante du projet, en privilégiant une vraie transparence et un soutien de l'équipe.

3.2.1 Comprendre le changement

Avant toute conduite de changement, il m'est apparu important de le définir, de l'appréhender dans le milieu qui nous concerne, c'est-à-dire le milieu hospitalier, de procéder à une analyse des causes et de réaliser un diagnostic du type de changement rencontré.

3.2.1.1 Définition du changement

Un changement est le fait de modifier, de rendre nouveau, en s'adaptant à son environnement.

Aussi dans un cadre professionnel, on peut considérer le changement comme le définit P. DE DIVONNE dans la fiche du CEDIP, comme *«un processus de passage d'un état A vers un état B. Ce processus s'opère en réponse à des modifications de l'environnement à la fois sur les organisations et sur les individus qui les composent.»*¹²³

Deux variables sont donc à prendre en compte dans un changement : l'organisation et l'individu.

Nous pouvons considérer d'une part, que le changement organisationnel est le processus par lequel l'organisation s'adapte, en continu ou par rupture, sous la contrainte ou par anticipation, aux évolutions de son environnement. Et d'autre part, que le changement individuel est un processus psychologique d'apprentissage qui peut être appréhendé comme une adaptation des comportements individuels à un nouveau contexte.

Ainsi la conduite du changement consiste à mener les changements organisationnels et à accompagner les changements individuels induits, tout en assurant la continuité entre ces deux processus interdépendants.

3.2.1.2 Diagnostic du changement et de l'existant

Comme le préconise la plupart des publications sur le changement, il est indispensable de commencer par une évaluation initiale, un état des lieux comme le rappelle D. AUTISSIER, I. VANDANGEON-DERUMEZ et A.VAS, *« Pour Allaire et Firsirotu, adapter sa stratégie à son environnement repose avant tout sur un bon*

¹²³ CEDIP ,DE DIVONNE Philibert, « Conduire et accompagner les changements. », fiche technique CEDIP n°33, oct. 2005, page 2.

diagnostic. Ce diagnostic permet notamment de déterminer dans quelle situation se trouve l'entreprise et donc le type de changement stratégique à engager »¹²⁴.

Aussi il est primordial de définir : la position initiale, les causes, la forme et la typologie du changement, s'il repose sur des facteurs externes et s'il doit être rapide ou disposant de temps.

Puis, il est essentiel de faire un diagnostic de la dynamique organisationnelle et du comportement des acteurs.

Concernant la maternité de Clermont, on peut définir que les causes du changement sont déterminées par une activité trop faible qui manque d'efficacité.

En effet, le service est mal adapté à son contexte actuel et futur, et ceci dans un environnement concurrentiel (4 autres maternités rénovées à moins de 35 km). Le nombre d'accouchement est en diminution chaque année et les conditions d'accueil hôtelier n'ont pas été rénovées depuis la construction, ainsi, le déficit s'accroît inexorablement.

La décision du changement est donc externe (décision de l'ARS) et imposée.

Quant aux formes du changement ; l'étendue est partielle car elle ne touche que le service de maternité et non l'ensemble de l'établissement, mais il aura quand même un impact organisationnel à considérer au regard d'autres services (bloc opératoire, urgences).

La profondeur du changement est majeure, puisqu'elle marque une rupture avec le passé qui modifie le contenu de la stratégie et des processus.

Le rythme sera rapide, à partir de l'annonce de la décision d'arrêter l'activité d'obstétrique en hospitalisation complète mais paradoxalement très lent dans l'attente de cette annonce.

Ainsi, nous nous trouvons dans une situation de changement dirigé « *L'impulsion du changement est donnée par la direction de manière injonctive avec une contrainte de réalisation forte et une marge de négociation assez faible.* »¹²⁵

Le changement va concerner l'ensemble de l'équipe du service de maternité, qui s'organise actuellement comme suit:

- Les sages-femmes : elles sont au nombre de 7 titulaires (6,6 ETP), soit 4 sages-femmes qui ne font uniquement que des gardes (salle de naissance/ urgences/ suites de couches) de 12h en alternance jour/nuit, 2 sages-femmes qui font alternativement des gardes et des consultations, et 1 sage-femme qui ne fait pas de garde mais est présente journalièrement en suites de couches /consultations.

¹²⁴ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, «Conduite du changement : concept clés », Dunod, 1^o édition avril 2010, 2^oédition 2014, page 140.

¹²⁵ Ibid. p 13.

- Les auxiliaires de puéricultures : elles sont au nombre de 13 auxiliaires de puéricultures (12,8 ETP), soit 9 de jour (amplitude horaire de 7h30) et 4 de nuit (amplitude horaire de 10h), avec une répartition de fonctions identiques, c'est-à-dire alternativement en salle de naissance et en suites de couches.
- Les assistantes médico-administratives (AMA) : elles sont au nombre de 2 faisant fonction assistantes médico-administratives (1,8 ETP) mais de grade agent administratif, et ont en charge la gestion administrative simultanément du pôle hospitalisation et du pôle consultation gynéco- obstétricale.
- Une assistante sociale (0,25 ETP) et une psychologue (0,25 ETP) interviennent également au sein du service de maternité. Cependant, il semble qu'elles ne soient que peu concernées par la restructuration puisqu'elles interviennent à temps partagé sur le reste de l'établissement.

Ainsi, sur la base du volontariat, une partie des sages-femmes (3/7), participe déjà de manière active au «pôle consultation» dont le CPP sera la continuité.

Les autres sages-femmes ne sont, jusqu'à ce jour, pas intéressées par cette activité. Quant aux AMA, la gestion des consultations faisant déjà partie de leur fiche de poste, le changement ne sera que minime. Pour les auxiliaires de puéricultures, les consultations n'étant pas intégrées dans leurs activités, elles sont la catégorie de personnel qui sera le plus impacté par le processus de reclassement hors du projet de CPP.

L'organisation actuelle du service de maternité, est essentiellement gérée par la sage-femme coordinatrice, poste que j'occupe actuellement, assisté des sages-femmes. Il existe deux raisons principales à cela :

D'une part, la gestion autonome des grossesses et des accouchements physiologiques sont du champ de compétences des sages-femmes et caractérisent la majeure partie de l'activité d'une maternité de type I.

D'autre part, l'effectif des gynécologues obstétriciens est extrêmement tendu, puisqu'ils assurent plusieurs postes d'activités dans la même journée et n'interviennent en maternité que sur appel des sages-femmes.

Le médecin chef de service, qui participe activement à l'activité, notamment de gynécologie, délègue alors l'organisation du service d'obstétrique à la sage-femme coordinatrice, et intervient quand se présente des problématiques médicales.

3.2.1.3 Impacts identitaires d'une restructuration

Une restructuration au sein de son lieu de travail, si elle est subie, est toujours une étape douloureuse dans une vie professionnelle.

Mais elle revêt une connotation encore plus particulière dans le milieu hospitalier compte tenu de la spécificité du travail qui y est accompli et par ce qu'il représente socialement.

Dans le monde de l'entreprise, en raison de contraintes économiques, de modernisation et d'innovation, le phénomène de restructuration est ancien et sans cesse en évolution. Il est indispensable à la survie de l'entreprise, qu'il soit appliqué par anticipation ou en période de crise.

Ainsi, comme l'analysent R. BEAUJOLIN-BELLET et G. SCHMIDT¹²⁶, les restructurations d'entreprises, consistent à réorganiser un ensemble de production devenu inadapté, à donner une nouvelle structure, une nouvelle organisation, suivant de nouveaux fondements, en vue d'une meilleure adaptation aux besoins. Il existe donc un principe de rupture et de transformation des organisations.

En outre, elles indiquent, qu'au delà des suppressions de postes et l'instauration d'un plan de sauvegarde pour l'emploi (PSE), l'impact social peut être considérable pour l'entreprise si celui-ci est minimisé : il nécessite donc une gestion habile et délicate.

Dans le monde hospitalier, le phénomène de restructuration est aujourd'hui comparable, sous l'influence de contraintes budgétaires et de politiques de rationalisation du secteur sanitaire.

Mais, la résonance sociale des restructurations est encore plus particulière à l'hôpital, car elle se heurte à la nature même du travail, aux valeurs professionnelles et à l'identité sociale induite par ce travail.

Les restructurations sont alors vécues de manière très singulière pour les agents hospitaliers, ce que souligne N. et S. DELANGHE « à l'hôpital, même lorsque les restructurations en cause ne sont pas synonymes de perte d'emploi, elles engagent des affects violents dont la coloration particulière tient en partie à la singularité des métiers hospitaliers, c'est-à-dire à leur rapport spécifique aux corps et aux personnes.(...) Il n'est pas sur que les décideurs, en matière de délocalisation hospitalière, mesurent toujours la nature et la profondeur de l'attachement que les personnels portent à un lieu de travail peut être plus fortement investi que d'autres, entreprises ou usines, parce qu'y sont directement en question la vie et la mort. »¹²⁷

¹²⁶ BEAUJOLIN-BELLET Rachel, SCHMIDT Géraldine, « Les restructurations d'entreprises », collection Repères, La Découverte, 2012, 122 pages.

¹²⁷ DELANGHE Nathalie, DELANGHE Sylvain, MONCET Marie-Claude collectif sous la direction de, « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », éditions Lamarre, 2013, p 594.

Outre l'attachement particulier aux lieux de travail, c'est le fondement même de la construction identitaire qui est touché.

En effet, l'identité sociale d'un individu passe par son identité professionnelle comme le définit J. ION « *l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur.* »¹²⁸

On ne devient pas soignant par hasard, et le statut social qui le désigne a une symbolique forte et extrêmement positive. Les valeurs humanistes sont le socle commun de tous les acteurs de santé, et le fondement même de leur choix professionnel.

Par conséquent, quand ces valeurs sont touchées ou ébranlées, cela fragilise l'individu dans tout son être, comme le souligne N. et S. DELANGHE « *lorsque les exigences de l'institution amènent le sujet à ne plus agir en référence à ses valeurs, lorsque le sens du travail ne répond plus à l'éthique professionnelle du sujet, ce n'est donc plus seulement son identité professionnelle qui est menacée, mais « le sujet dans toute son existence » et sa reconnaissance.* »¹²⁹

Il paraît donc essentiel d'anticiper les impacts humains du changement dans le fondement même de la réorganisation, comme nous le rappelle X. MARCHAND¹³⁰ dans son cours « *ce ne sont pas les comportements qui induisent l'organisation mais l'inverse* ».

De plus, il apparaît clair que dans le cas d'une restructuration imposée qui va entraîner un changement d'emploi forcé, comme une fermeture de service ou une fusion, les impacts psychiques sont violents et les risques psycho sociaux potentialisés comme le souligne R.BEAUJOLIN-BELLET et G.SCHMIDT « *Les incidences en termes de santé (mentale et physique) deviennent de plus en plus présentes, le lien entre restructurations et risques psychosociaux étant de plus en plus criant, voir inquiétant.* »¹³¹. Leur gestion n'est donc pas à sous estimer, et doit faire intervenir en collaboration les ressources humaines et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Plus spécifiquement, concernant les agents travaillant dans un service de maternité, les restructurations les amènent à un impact identitaire et social négatif

¹²⁸ ION Jacques, « Le travail social à l'épreuve du territoire », Paris, Dunod, 1996, p. 91.

¹²⁹ DELANGHE Nathalie, DELANGHE Sylvain, MONCET Marie-Claude collectif sous la direction de, « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », éditions Lamarre, 2013, p 38.

¹³⁰ MARCHAND Xavier, UE 2 ECUE 2.3, cours « Accompagner le changement », module MRH S 9

¹³¹ BEAUJOLIN-BELLET Rachel, SCHMIDT Géraldine, « Les restructurations d'entreprises », collection Repères, La Découverte, 2012, p 77.

encore plus violent, du fait de ne plus être associé à ce lieu de naissance, qui est le fondement de la société.

Le vécu de la restructuration au sein de la maternité de Clermont, trouve son origine dans les menaces de fermeture du service qui existent, depuis au moins 25 ans, et qui a amené le personnel à s'en accommoder.

Cela donne un état d'esprit particulier à l'équipe, composé par des professionnels ayant fait un choix délibéré d'intégrer le service, prenant ainsi le risque d'une fermeture, puisque celui-ci a toujours été clairement énoncé lors des recrutements.

Chacun s'est donc, au fil du temps et au contact de ses collègues, investi d'une manière que l'on pourrait qualifier de « militante » pour la survie de « leur » maternité.

Plus que d'autres, ces professionnels ont du prouver continuellement la qualité de leur travail. Ceci à cause également des préjugés concernant les maternités de type I par les autres professionnels du secteur.

Ils n'ont pas le droit à l'erreur dans leurs prises en charge, sous peine de précipiter la fermeture et les critiques qui ne demandent qu'à être amplifiées.

Autour de cet « état de danger » permanent, s'est développée une relation particulière dans l'équipe (une grande solidarité, de l'entraide, des valeurs communes) et une certaine fierté d'appartenir à ce service « résistant ».

Il était fondamental, dès lors où j'ai débuté le management dans ce service, de stimuler cette force d'action et une certaine résistance à toutes les pressions et les critiques.

Actuellement, il est difficile d'admettre pour l'équipe, que les jours de la maternité sont probablement comptés. Il ne se passe pas une semaine sans que son avenir soit discuté dans différentes instances, nationales ou locales, et sans que la presse n'évoque son destin.

Si la majorité des agents a conscience que tous doivent songer à un changement de lieu ou de fonction, l'état d'esprit, la qualité et l'ambiance de travail qui ont permis de tenir si longtemps, ne paraît pas exister ailleurs, notamment dans les autres maternités (de type II et III). Il semble que dans ces autres lieux, ils ne puissent pas entretenir une ambiance « familiale » comme à Clermont.

Il est donc douloureux pour les agents d'acter que c'est la fin d'une époque, la fin d'une organisation, la fin d'un service et la fin d'une équipe.

3.2.2 Les prérequis au changement

Avant toute mise en œuvre d'un changement, il paraît indispensable d'instaurer des prérequis à celui-ci, afin de permettre sa réussite.

3.2.2.1 Anticiper et donner du sens au changement

En tout premier lieu, il est important d'instaurer une prise de conscience chez les individus, qui consiste à appréhender l'écart entre la situation actuelle et celle attendue, de rendre concret les nécessités de changement par la description des risques encourus de ne pas évoluer.

La prise de conscience sera d'autant plus efficace que l'on aura procédé à une anticipation du changement comme le souligne R. BEAUJOLIN-BELLET et G. SCHMIDT « *L'anticipation repose sur le fait de ne pas attendre le moment même de l'annonce de restructuration pour informer les parties prenantes des difficultés et des projets de l'entreprise, et pour préparer les salariés et les territoires concernés à l'échéance ou à l'éventualité d'une rupture nécessitant des transitions professionnelles.* »¹³²

Cette anticipation permet d'avoir une communication efficiente et procède à légitimer le changement.

En ce qui concerne la maternité de Clermont, j'ai souhaité anticiper l'annonce de fermeture du service, afin de préparer au mieux les équipes à cette décision.

En effet, siégeant dans de nombreuses instances, des éléments annonciateurs importants m'ont alerté concernant l'avenir prévisible du service d'hospitalisation de la maternité, et particulièrement la visite de conformité diligentée par l'ARS en mars 2015.

Ainsi, j'ai planifié une « réunion de service extraordinaire » ayant pour but d'informer et d'expliquer la situation réelle du service en lien avec les politiques de santé relatives à l'obstétrique (politique de réduction des lits d'hospitalisation et développement des sorties précoces).

Par ailleurs, j'ai fait un bilan de l'activité du service (nombre d'accouchements en baisse chaque année se rapprochant du chiffre de fermeture légale des 300 accouchements), un bilan de sa situation financière et de son impact sur l'ensemble de l'établissement (service en déficit de 700.000 €/an, participant à près de la moitié du déficit de l'établissement, qui est sous le cout d'un plan de retour à l'équilibre), et un bilan de la fragilité des effectifs médicaux (gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) dans une région en pénurie de praticiens.

¹³² BEAUJOLIN-BELLET Rachel, SCHMIDT Géraldine, « Les restructurations d'entreprises », collection Repères, La découverte, 2012, p 99.

En conclusion, j'ai évoqué la cessation à terme, de l'activité d'hospitalisation complète en obstétrique et la possibilité d'un projet de CPP ambitieux, dans lequel un certain nombre pourrait s'investir.

En tant que manager, ma difficulté principale réside dans le fait de faire admettre à l'équipe, que la fermeture de la maternité est réellement imminente, même si elle est envisagée depuis plus de 25 ans.

Il m'est difficile de leur expliquer que ce moment est arrivé, alors qu'aucune information n'est communiquée par l'ARS.

Doit-on anticiper le changement quand nous n'avons aucune notion de date de changement ?

Existe-t-il un bon « timing » d'anticipation ?

Voici les questions que je me suis posées. Cependant, je suis restée convaincue de la nécessité d'informer et de communiquer de façon anticipée.

Ainsi, cette étape peut être une étape traumatique, et passe irrémédiablement par un processus de deuil de l'ancienne organisation.

3.2.2.2 Appréhender les phases du deuil et de résistances

Dans toute gestion du changement, surtout s'il est prescrit, il est impératif de considérer la valeur traumatique de ce changement sur les individus. L'inconnu fait peur, surtout s'il est imposé.

Ainsi comme le précise J.P. DUMOND «*Les restructurations, fusions impliquent une mort, celle d'une organisation, d'une équipe, d'un service ou d'un établissement, qui finit par être vécue, du moins dans les hôpitaux, avec tant de proximité et d'intimité que le terme de deuil, non seulement n'est pas indécent, mais devient adéquat, voire nécessaire.*»¹³³

Il indique que la valeur traumatique des restructurations, est souvent associée à une séparation, une perte et notamment une perte d'identité qui a valeur de deuil. C'est donc le deuil d'une partie de soi-même qui est à faire, voire une partie de la représentation qu'on a de soi dans la société, celle qui a servi de base à son identité professionnelle.

Ainsi, le fait de bien appréhender les différentes phases du deuil, permet de comprendre les résistances et les temps d'intégration nécessaires. Cela permet d'accompagner les personnes dans le processus, et de mieux conduire le changement.

¹³³ DUMOND Jean-Paul, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », in science sociale et santé, vol 24-n°4-déc. 2006, Ed. John Libbey, p. 98.

Plusieurs auteurs, dont E. KULBER-ROSS, ont adapté le cycle du deuil décrit en psychanalyse, pour l'appliquer au changement d'une organisation. Et Selon KETS DE VRIES et MILLER¹³⁴, on peut considérer le processus de deuil en 4 étapes :

- Phase 1 : LA PEUR. Elle sera vécue par l'annonce du changement et créera une confusion dans l'esprit de l'individu qui cherche le réconfort dans les tâches routinières. Cette étape permet d'absorber l'annonce du changement et de préparer une réponse.
- Phase 2 : L'INCRÉDULITÉ. Elle traduit le refus d'accepter le changement. Les individus défendent les acquis et idéalisent le passé.
- Phase 3 : LE RENONCEMENT. Il traduit une phase d'introspection, une redéfinition de la situation. L'individu est prêt à renoncer aux anciennes façons de faire.
- Phase 4 : L'ACCEPTATION. L'individu accepte la nouvelle réalité et se projette vers l'avenir et entrevoit le côté positif du changement.

Ainsi, on peut considérer que le deuil passe par deux cycles ; tout d'abord un cycle descendant amenant des attitudes négatives, contre-productives, tournées vers le passé. Le manager devra au cours de cette phase, recevoir, écouter, légitimer le changement.

Et ensuite, un cycle ascendant où les attitudes sont productives, tournées vers le futur. Le manager devra alors stimuler et créer le défi.

Il est important de bien considérer que la durée de ces phases est spécifique à chaque individu et qu'il peut exister des blocages lors du passage d'une étape à l'autre « *C'est autant le type ou le niveau de changement concerné que la gestion de ce changement par les responsables qui en ont la charge, qui détermineront la durée de ce cycle incompressible et son amplitude .* »¹³⁵

De fait, plus un changement sera violent, subit et non participatif de la part des agents, plus les résistances seront grandes. Celles-ci sont à considérées comme logiques, les personnes ont besoin de comprendre les changements qui les concernent avant d'y adhérer.

Le manager sera alors attentif au changement individuel induit par le changement organisationnel. Car, la difficulté pour un individu est de s'adapter à une nouvelle situation, puisqu'elle entraîne des pertes de repères et de zones de confort.

Ainsi, les effets seront différents en fonction des individus : certains pourront l'appréhender comme un simple apprentissage, alors que d'autres pourront le vivre comme une remise en cause identitaire.

¹³⁴ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, «Conduite du changement : concept clés », Dunod, 1^o édition avril 2010, 2^oédition 2014, p. 179.

¹³⁵ Ibid.

Au sein de la maternité de Clermont, le processus de deuil ne peut se dérouler de façon « classique », puisque la fermeture n'est pas encore annoncée. L'espoir de poursuivre l'activité est toujours présent chez plusieurs agents, alors que pour d'autres le processus de deuil est enclenché.

Afin de poursuivre dans une communication claire et transparente auprès de l'équipe, et malgré le silence assourdissant de l'ARS quant à l'avenir du service, j'ai sollicité une réunion auprès de la direction de mon établissement.

Celle-ci a donc confirmé aux agents, la situation plus qu'inquiétante de la maternité et le seul pouvoir décisionnel de l'ARS sur notre activité.

La difficulté de la situation, en tant que manager, est de conduire les agents vers le processus de deuil, tout en poursuivant quotidiennement une activité supposée s'arrêter très prochainement.

3.2.2.3 La posture du manager dans l'accompagnement

Il est reconnu que l'attitude et l'implication du manager dans l'accompagnement au changement sont déterminantes à sa réussite.

Ainsi comme le décrit M. PAUL¹³⁶, l'accompagnement est une posture professionnelle spécifique. En effet, ce n'est pas un métier mais une disposition humaine à être en relation avec autrui « *La dimension relationnelle est mise en œuvre par une capacité à « être avec » .Cela suppose être disponible, présent, ouvert, attentif.* »¹³⁷

La mobilisation de cette capacité relationnelle est d'autant plus importante dans un changement prescrit et imposé, que le manager n'a pu construire lui-même ce changement avec son équipe.

Afin d'atteindre cette capacité relationnelle, il faut que le manager ait lui-même pu faire la gestion de ses propres émotions au travers de son processus de deuil. Il doit l'avoir enclenché plus vite que son équipe pour pouvoir être au moins en phase d'acceptation, se projeter vers l'avenir, et anticiper le changement de manière proactive.

En ce qui me concerne, je pense avoir dépassé cette phase de deuil. Comme tout le personnel de la maternité, j'ai entendu maintes et maintes fois des annonces non officielles de fermetures. Mais j'ai pris la mesure de la fermeture inéluctable depuis plus d'un an, notamment au travers des fermetures successives des autres maternités de type I de ma région. Il m'a donc fallu gérer seule toutes les phases de deuil.

¹³⁶ PAUL Maëla, « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », éditions l'Harmattan, 2004, 356 pages.

¹³⁷ Ibid. p 18.

3.2.3 Mettre en œuvre le changement

La mise en œuvre du changement est l'application concrète de la nouvelle organisation. C'est assurer le passage effectif de la situation actuelle à la situation souhaitée.

En ce qui concerne la mise en œuvre de mon projet managérial, la décision et l'annonce de transformer le service d'hospitalisation complète de gynécologie obstétrique n'étant pas acté à ce jour, je n'ai pu que partiellement la déployer. Malgré tout, j'ai élaboré un plan d'action qui sera appliqué dans son ensemble, une fois la fermeture annoncée officiellement.

Tout d'abord, il s'attellera à enclencher le processus de deuil chez les agents du service. Puis, de considérer la gestion des emplois et des compétences de l'obstétrique.

3.2.3.1 Enclencher le processus de deuil

Ainsi, mon action consiste à enclencher le processus de deuil, de la cessation d'activité d'obstétrique en hospitalisation complète auprès de l'équipe de maternité (sage-femme, auxiliaire de puériculture et AMA), afin de les préparer à mieux s'adapter et à se projeter, afin d'assurer le succès d'un changement organisationnel.

Mon but est de les conduire jusqu'à la dernière phase du processus de deuil, qui se définit par l'acceptation et l'engagement dans cette évolution. Je souhaite également leur permettre de se projeter professionnellement au sein du CPP, ou dans un autre service ou établissement, lors de la fermeture effective du service.

Cependant, je sais que je risque de me heurter à certaines personnes qui ne vont pas adhérer à cette nécessité de changement, notamment du fait que celui-ci n'est pas officiellement annoncé. Je risque également d'être face à des résistances passives (inertie, indifférence), tout en devant continuer l'activité journalière du service actuel.

Afin d'enclencher le processus de deuil auprès des professionnels, j'ai souhaité mettre en place un certain nombre d'actions. Il s'agit de :

Mettre en œuvre des actions de communications à destination du personnel au travers de réunions d'informations régulières, mais également par la rédaction de notes d'informations. De nombreuses discussions informelles m'ont déjà permises de communiquer sur le changement à venir, lors des temps de pauses. Ainsi, j'ai tenté de faciliter la parole du personnel, afin de pouvoir laisser libre court à l'expression de leurs interrogations et de leurs peurs face au changement. Je suis restée la plus disponible possible pour ces échanges.

Par ailleurs, j'ai eu le double accord de la direction et de la psychologue du service, afin que cette dernière puisse épauler ses collègues au travers d'entretiens.

D'identifier les phases dans lesquelles se situe chaque agent au cours de la mise en œuvre et tenter d'adapter mon attitude et mon discours en fonction de cela. Par exemple, si la personne est en phase 1, celle de l'émotion, il m'est nécessaire de prendre le temps d'expliquer, de rassurer et prendre en compte ses peurs. Si la personne est en phase 2, celle de marchandage, je me dois de tenter de la ré impliquer dans le projet et de l'accompagner en positivant le changement. Enfin, si elle est en phase 3, celle du renoncement, je dois confirmer le bien-fondé du projet et traduire ce changement dans les faits en le rendant concret pour la personne elle-même. Au besoin, je peux proposer à la personne de faire une journée d'immersion dans d'autres services, afin de lui permettre de se projeter plus facilement.

La principale problématique reste l'échéance de fermeture, dont nous n'avons aucune date définitive : elle peut arriver brusquement ou durer encore plusieurs mois. Malgré tout, un de mes objectifs managérial est que l'ensemble des agents ait atteint au moins la phase 3 du processus de deuil avant la fermeture. Pour me soutenir et accompagner avec moi le personnel vers le changement, je sais que je peux compter sur le soutien de la DRH, du directeur des soins de l'établissement, ainsi que sur la psychologue du service.

L'adhésion du personnel au changement pourra être mesuré de manière quantitatif par le nombre d'agents ayant un projet professionnel définitif, lors de la fermeture définitive du service de maternité. Également par la mesure du nombre d'agents ayant intégré le CPP, un autre service de soins de l'hôpital de Clermont ou une autre maternité.

3.2.3.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Comme le rappelle l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) dans sa publication¹³⁸, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est une démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle. Elle permet d'anticiper les évolutions d'activité de l'établissement, leurs effets sur les emplois et les compétences et ainsi agir par des actions de gestion des ressources humaines et d'encadrement coordonnées.

¹³⁸ ANAP, « Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil de pratiques observées », RH GPEC, avril 2011, 88 pages.

Elle a pour but, notamment, de faire évoluer les agents sur le développement de leurs compétences, d'assurer leur employabilité et de permettre d'identifier des passerelles possibles.

Les outils de référence de la GPEC sont la cartographie des métiers et le référentiel des compétences.

Ainsi comme le définit la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dans le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière¹³⁹, la cartographie des métiers est définie comme une nomenclature des métiers correspondant à une famille /sous famille /métier.

Quant au référentiel des compétences, c'est un recensement rationalisé et ordonné des compétences requises pour un poste, un métier, une famille de métier.

Le préambule de la seconde phase de mon plan d'action, est de définir une cartographie des emplois, en considérant le contexte et en prenant appui sur des outils d'analyse qualitative, que sont les fiches métiers et le référentiel métier. D'autre part, seront utilisés des outils d'analyse quantitative, comme la pyramide des âges et les flux d'entrées et de sorties.

Ainsi, nous réaliserons la description des emplois existants et celle des emplois envisagés en définissant un profil de compétence et de poste. Ils seront élaborés par l'encadrement qui pourra être assisté de professionnels volontaires.

Ensuite, nous pourrions définir les nécessités de formation, en s'assurant de leur inscription au sein du plan de formation et en suivant leur organisation. Il faudra donc se questionner sur les formations à développer potentiellement en interne sous forme de tutorat et s'interroger sur les nouvelles compétences à acquérir par un organisme extérieur.

Dans l'élaboration de mon projet de CPP au CHG de Clermont de l'Oise, il me paraît nécessaire d'accompagner les sages-femmes dans l'acquisition ou l'actualisation des nouvelles compétences requises pour le CPP. Cela permettra de proposer une qualité de prise en charge des parturientes dans les règles de l'art.

D'un point de vue financier, les formations nécessaires pouvant avoir un coût important, je m'interroge sur la possibilité d'obtenir tous les financements pour les formations demandées. C'est pourquoi, il est à considérer qu'elles peuvent faire l'objet

¹³⁹ Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie : fonction publique hospitalière, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

de financement FIR¹⁴⁰, dans le cadre d'une restructuration, fusion ou fermeture de service par un accompagnement social.

Les principales actions que je compte mettre en œuvre sont :

- De faire participer les sages-femmes à l'élaboration du référentiel des compétences, sur la base de leur référentiel métier spécifique et en considérant leur statut de profession médicale.
- D'impliquer les sages-femmes, au travers de leur évaluation professionnelle individuelle, dans l'évolution vers le CPP, afin de connaître leur positionnement vis-à-vis de celui-ci. Ainsi pour mener ces entretiens, je me suis inspirée de l'étude réalisée par P. CHARRIER¹⁴¹, qui explique que la pratique et la régularité des actes réalisés par les sages-femmes sont influencées par leur âge et leur ancienneté. Les compétences techniques sont plus recherchées par les jeunes sages-femmes hospitalières alors que les autres sages-femmes, sont plus amenées à investir les compétences relationnelles et concentrent alors davantage leur activité sur le suivi de grossesse, de préparation à l'accouchement et du post partum et exercent plutôt en libéral ou en CPP. « *La pratique de l'accouchement tend à s'étioler avec l'avancée en âge. Les ¾ des sages-femmes hospitalières réalisent des accouchements physiologiques, c'est le cas surtout des plus jeunes, alors que dès 50 ans elles ne sont plus que la moitié à les pratiquer et moins d'un tiers à partir de 55 ans. Il existe donc un âge ou la sage-femme tend à ne plus faire d'accouchement, période que l'on situe environ après 40 ans.* »¹⁴²

Ainsi cette étude, m'apporte un éclairage quant à la réflexion que j'ai menée sur le ressenti des sages-femmes du fait d'être obligé d'abandonner l'acte fondateur de leur métier qu'est l'accouchement. Le stress, la fatigue des gardes, la relation instaurée dans un temps très limité spécifique à la salle de naissance amène « naturellement » avec l'âge, les sages-femmes vers autre chose.

Il m'apparaît donc important dans la constitution de l'équipe de sages-femmes du CPP de considérer leur ancienneté et leur âge.

- Ensuite, de définir toutes les compétences des sages-femmes qui souhaitent intégrer le CPP, afin de considérer celles qui leur manquent et établir un plan de formation individuel, afin d'obtenir les compétences requises.

¹⁴⁰ Instruction DGOS/RH3-MEIMMS no2013-410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional.

¹⁴¹ CHARRIER Philippe, « Les sages femmes en France », rapport de recherche, Université de Lyon, Centre Max Weber-UMR 5283-CNRS, janvier 2011, p 74.

¹⁴² Ibid. p. 78.

- D'organiser des formations en interne avec le tutorat des sages-femmes exerçant déjà dans l'unité de consultations obstétricales et en externe, organiser des journées « d'immersion » au sein de CPP déjà existant.
- D'établir un plan de formation avec la collaboration de la direction des ressources humaines et la personne chargée de formation.

Et à posteriori, évaluer le développement des compétences de chacun, par auto-évaluation et évaluation par ses pairs, et procéder à des réajustements si nécessaire.

L'échéance de cet accompagnement n'est pas définie de manière calendaire mais doit être effective à l'ouverture du CPP.

L'évaluation des effets de cette action sera mesurable par l'adéquation entre les compétences acquises et les besoins de l'activité.

CONCLUSION

Dans le contexte des restructurations hospitalières, et au vu des spécificités sanitaires et d'offre de soins de mon territoire, le projet que je propose répond à un réel besoin de santé, facilité par le fait qu'il est le développement d'une activité déjà en partie existante.

Il doit permettre d'ouvrir une nouvelle page de la vie de mon établissement, en s'adaptant à l'évolution des politiques de santé dans une certaine dynamique.

Aussi, j'estime qu'il est pertinent d'anticiper la restructuration, pour faciliter la future organisation et qu'il est essentiel de le faire pour mieux accompagner les personnels concernés par celle-ci.

La posture professionnelle du manager, que je suis, est primordiale à la réussite du changement. C'est pourquoi je suis consciente, que je dois faire appel à toutes mes capacités d'adaptabilité, dans un contexte émotionnel fort, et que je dois conduire une gestion managériale sur mesure. Je souhaite ainsi, par ce biais, accompagner au mieux les agents dans une reconstruction identitaire professionnelle.

Néanmoins, à ce jour, je n'ai pu déployer que partiellement mon projet, puisqu'il est difficile de poursuivre sans l'officialisation de la fermeture du service, et ceci malgré une menace de plus en plus pressante relayée par la presse. C'est une situation compliquée à appréhender et à gérer, en tant que manager, et au combien difficile à vivre pour les agents.

Ainsi, nous pouvons nous interroger sur cette situation paradoxale ; de son origine, des enjeux qu'elle véhicule et de sa finalité.

Peut-on réellement préparer, accompagner et mettre en œuvre un changement dans un environnement sans aucune communication officielle.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, « Conduite du changement : concept clés », Dunod, 1^o édition avril 2010, 2^eédition 2014, 251 pages.
- BEAUJOLIN-BELLET Rachel, SCHMIDT Géraldine, « Les restructurations d'entreprises », collection Repères, La Découverte, 2012, 122 pages.
- BERNOUX Philippe, « Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations », éditions du Seuil, Point, 1^o édition 2004, 2010, 368 pages.
- CANGUILHEM Georges, « Le normal et le pathologique », PUF, 1^o édition 1966, 12^eéditions 2013, 290 pages.
- CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, «Sociologie de la naissance », Armand Colin, 2013, 251 pages.
- GELIS Jacques « L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne. XVI-XIX siècle », Paris, Fayard, 1984, 612 pages.
- GELIS Jacques, « La sage femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie », Paris, Fayard, 1988 ,560 pages.
- ION Jacques, « Le travail social à l'épreuve du territoire », Paris, Dunod, 1996, pages 90-95, 166 pages.
- JACQUES Béatrice, « Sociologie de l'accouchement », PUF, 1^o édition 2007, 4^otirage févr.2013, 199 pages.
- KNIBIEHLER Yvonne, FOUQUET Catherine, « La femme et les médecins », Hachette Littérature, 1983, 333 pages.
- MONCET Marie-Claude collectif sous la direction de, « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant», éditions Lamarre, 2013, 169 pages.
- PAUL Maëla, « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », éditions l'Harmattan, 2004, 356 pages.

ARTICLES

- BLONDEL Béatrice, Jennifer ZEITLIN, « Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France ? » INSERM U953, HAL, 13 pages.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/inserm-00856948/document>
- CARRICABURU Danièle « Les sages-femmes face à l'innovation technique : le cas de la péridurale », in P. Aïach et D.Fassin, les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, paris, anthropos, p 281-308.
- CEDIP, DE DIVONNE Philibert, « Conduire et accompagner les changements », fiche technique CEDIP n°33, oct. 2005, 8 pages.

- DUMOND Jean-Paul, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », in science sociale et santé, vol 24-n°4-déc. 2006, Ed. John Libbey, p 97-127.
- NORVEZ Alain, « Naitre sans risque : la quête des petites maternités », cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1997, vol 37, n°1, p 5-32.
- POUCHELLE Marie-Christine, « Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? », Ethnologie Française, PUF, 2005/4(vol.35), pages 593-603.
- SCHWEYER François-Xavier, « La profession sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste » in sciences sociales et santé. Volume 14, n°3 1996 p 67-102.
- SUBRA Philippe, « Les conflits autour de la restructuration des services publics en zone rurale », sciences de la société, 86|2012, p126-133.

TEXTES LÉGISLATIFS

- Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.
- CIRCULAIRE N° SG/2015/ 152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.
- Code de la santé publique - Article R6123-50, (Nouvelle partie Réglementaire), Chapitre III Conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds Section 3 : Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.
- Code de la santé publique - Article L4151-1
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Instruction N° DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'améliorations des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional.

RAPPORTS OU GUIDES

- ANAP, « Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil de pratiques observées », RH GPEC, avril 2011, 88 pages.
- ARH Midi-Pyrénées, « Cahier des charges des centres périnataux de proximité », 2008, 10 pages.
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/mip/doc.nsf/VDoc/2F4A81AC21AFD0A5C125755B0050AB33/\\$FILE/cahier%20des%20charges%20des%20CPP%20version%20d%C3%A9finitive.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/mip/doc.nsf/VDoc/2F4A81AC21AFD0A5C125755B0050AB33/$FILE/cahier%20des%20charges%20des%20CPP%20version%20d%C3%A9finitive.pdf)
- ARS Picardie Procès Verbal du 14 décembre 2011 de la commission spécialisée de l'organisation des soins, issue de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, 24 pages.

- http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/democratie_strategie/CSOS_sept_2014/PV_du_14-12-2011.pdf
- ARS de Picardie, Projet Régional de Santé 2012-2017 « Schéma Régional d'Organisation des Soins(SROS), volet Ambulatoire, volet Hospitalier », 482 pages.
http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/3_janvier_2013/SROS_V9.pdf
 - Chambre Régionale des Comptes Nord Pas de Calais Picardie, « Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise (CHCO) », ROD.0640, aout 2014 ,28 pages.
 - CHARRIER Philippe, « Les sages femmes en France », rapport de recherche, Université de Lyon, Centre Max Weber-UMR 5283-CNRS, janvier 2011,138 pages.
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs_00584595/PDF/Rapport_les_sages_femmes_franA_aises_en_2009-2010.pdf
 - Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes, « Référentiel métier et compétences des sages-femmes », janvier 2010,34 pages.
<http://www.ordre-sagesfemmes.fr/wpcontent/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
 - Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008, chapitre VIII : les restructurations hospitalières », Rapport public annuel 2013 – février 2013, p. 305 à 331.
 - Cour des Comptes, « Les maternités, cahier 1 : analyse générale », janvier2015, 117 pages.
<https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-maternites>
 - Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale», Septembre 2015, Chapitre VII - Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement, pages 245-268.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000643.pdf>
 - DGOS, « Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie : fonction publique hospitalière ».
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>
 - DRESS « Les maternités en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », N° 776, octobre 2011, 8 pages.
 - DRESS, Ketty Attal-Toubert, Mélanie Vanderschelden « la démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », n°679, DRESS, février 2009, 8 pages.
 - Ministère de la santé et des sports, Évaluation du plan périnatalité 2005-2007, Rapport final, Direction Générale de la Santé, Mai 2010.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf
 - Ministère de la santé « PLAN « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité », 2005, 44 pages.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

- OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2013, la recherche pour la couverture sanitaire universelle », 168 pages.
- OR2S/ARS Picardie, « Livret territorial : territoire de santé Oise ouest ; état des lieux sanitaire, médico-social et social des territoires de santé de Picardie », 2010, 32 pages.
- http://www.or2s.fr/images/Territoires_sante_livrets_territoriaux/ARS%20Oise%20Ouest.pdf
- OR2S/Conseil Régional de Picardie, « Diagnostic territoriaux de santé, des pays de Picardie, Clermontois-plateau Picard », février 2010, 68 pages.
http://www.picardie.fr/IMG/pdf/c/a/d/Diagnostic_Clermontois_Plateau_Picard.pdf

COURS RÉFÉRENCÉS

- MARCHAND Xavier, UE 2 ECUE 2.3, cours « Accompagner le changement », 2015-2016, module MRH S 9.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1	Lettre de mission « Projet Managérial »	69
Annexe 2	Note de cadrage « Projet Managérial »	70
Annexe 3	Activité et valorisation des consultations du service maternité du centre hospitalier de Clermont de l'Oise	72
Annexe 4	Les fiches d'entretien individuel: Centre Périnatal de Proximité.....	73
Annexe 5	Scénario 1 : Centre périnatal avec une activité sur site	80
Annexe 6	Scénario 2 : Centre périnatal avec une activité mixte: sur site/ à domicile.....	87

Annexe 1

Annexe 2

Activité et valorisation des consultations du service Maternité du centre hospitalier de Clermont de l'Oise								
intitulé	Tarifs (€)	Code CCAM/ NGAP	2013	valorisation 2013	2014	valorisatio n 2014	2015	valorisatio n 2015
Activité Médecins								
consultation gyn.	23,00	CS	2428	55.844	2351	54.073	2563	58.949
consultation obst.	23,00	CS	252	5.796	263	6.049	200	4.600
consultation péd.	23,00	CS	652	14.996	576	13.148	718	16.514
amniocentèse	68,58	JPHJ002	18	1.234,44	11	754,38	9	617,22
IVG médicament	257,91	forfait	124	31.980,84	123	31.722,93	126	32.496,66
IVG chir.	437,03	forfait	41	17.918,23	43	18.792,29	43	18.792,29
ablation ou chgt DIU	41,80	QZGA002	101	4.221,8	75	3.135	85	3.553
biopsie col utérus	16,47	JKHA002	2	32,94	6	592,92	5	82,35
curetage cavité ut.	62,70	JKGD002	1	62,7	0		0	
échographies	37,80	ZCQM007	4	151,2	3	113,4	0	0
	35,65	JNQM001	401	14.295,65	428	15.258,2	388	13.832,2
	48,35	JQQM010	367	17.744,45	320	15.475	220	10.637
	54,21	JQQM015	7	379,47	4	216,84	1	54,21
	81,92	JQQM018	383	31.375,36	339	27.770,88	237	19.415,04
	137,00	JQQM019	2	74	2	74	2	74
	92,19	JQQM002	1	92,19	5	460,95	5	460,95
	133,81	JQQM007	0	0	5	669,05	0	0
	73,99	JQQM016	403	29.817,97	298	22.049,02	235	17.387,65
	121,12	JQQM017	9	1.090,08	7	847,84	2	242,24
	46,15	JQQM001	48	2.215,20	79	3.645,85	123	5.676,45
	75,60	JQQM003	29	2.192,40	12	907,2	23	1.738,80
	56,70	ZCQM003	47	2.664,90	42	2.381,40	89	5.046,30
	56,70	ZCQJ003	461	26.138,70	405	22.963,50	460	26.082
	56,70	ZCQJ006	0	0	11	623,7	5	283,5
33,44	JQQJ037	5	167,2	4	133,76	23	769,12	
dispositif intra utérin	38,40	JKLD001	173	6.643,20	150	5.760	111	4.262,40
	62,70	JKGD001	11	689,7	20	1.254	32	2.006,40
	38,40	JKKD001	60	2.304	46	1.766,40	47	1.804,80
biopsie	76,80	QEHB002	2	153,6	0	0	0	0
colposcopie	36,97	JLQE002	27	998,19	38	1.404,86	61	2.255,17
Activité Sage Femme								
consultation	23,00	C	1686	38.778	1623	37.329	1556	35.788
	2,80	SF						
consult d'urgence	33,60	SF 12	1130	37.968	1090	36.624	1015	34.104
entretien prénatal	42,00	SF 15	13	546	16	672	23	966
cours prépa à l'Acc	16,80	SF 6	373	6.266,40	370	6.216	379	6.367,20
rééd périnéale	19,60	SF 7	431	8.447,60	440	8.624	458	8.976,80
valorisation total (€)				354.832,41		341.508,37		333.834,75

FICHE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL : CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ

Lieu :

Date :

Identité /Fonction :

Situation juridique du CPP :

Date transformation de la Maternité en CPP :

Établissement de rattachement :

Médecin responsable :

Difficultés lors de la transformation :

Organisation :

Effectif :

- Médical :
- Non médical

Locaux (type /surface):

- Zone d'accueil :
- Zone patients :
- Zone personnel :

Jours et horaires d'ouverture :

Activité :

Type :

Nombres actes /an :

Financement/recettes :

Bilan /projets :

Difficultés /contraintes :

Forces /leviers :

Projets :

Conseils :

Points de vigilance :

Points indispensables à positionner:

FICHE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL : CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ

Lieu : CPP de Noyon (Oise)

Date : 01 12 2015

Identité /Fonction : Mme N.L sage-femme coordinatrice de la maternité, site de Compiègne et responsable du CPP site de Noyon.

Situation juridique du CPP :

Date transformation de la Maternité en CPP : le 1 janvier 2012

Établissement de rattachement :

Fait parti du Centre hospitalier intercommunal Compiègne-Noyon(CHICN)

Fusion des 2 établissements de santé le 01 janvier 2013

Site de Compiègne : maternité 2 b

Site de Noyon : CPP

Médecin responsable : Docteur M.J gynécologue-obstétricien, chef de service,

Difficultés lors de la transformation : annonce et transformation brutale, personnel non préparé, « sous le choc ».

Problématique du reclassement.

Organisation :

Logiciel informatique commun et en réseau avec le site de Compiègne.

Effectif médical :

- Gynécologue-obstétricien : 0,8 ETP (0,40 x 2)
- Pédiatre : 1 ETP (1 x 1)
- Sages-femmes : 1,60 ETP (0,80 x2)

Effectif non médical :

- Secrétaire : 1 ETP (1 x 1)
- Auxiliaire de puériculture : 1,6 ETP (0,80 x2)

L'auxiliaire de puériculture gère le nettoyage des locaux, la gestion et le réapprovisionnement du matériel, et supplée la secrétaire lors de son absence. Elle assiste le pédiatre en consultation.

Locaux (type /surface):

Aménagement du CPP dans les anciens locaux du bloc obstétrical, dans l'enceinte de l'établissement.

- Zone d'accueil : 1 secrétariat, 1 salle d'attente
- Zone patients : 3 salles de consultations, 1 salle de rééducation périnéale, 1 salle de cours de préparation à l'accouchement, 1 salle de monitoring fœtale.
- Zone personnel : 1 bureau SF/méd., 1 office détente personnel, 4 salles de réserves matériels.

Jours et horaires d'ouverture :

- Sages-femmes : lundi/ mardi/ jeudi/ vendredi de 8 h à 18 h.
- autres professionnels : du lundi au vendredi de 9 h à 17 h.

Activité : sur rendez vous

Type :

Consultations obstétricales, gynécologiques, pédiatriques, échographies gynéco-obstétricales, orthogénie, rééducation périnéale, cours de préparation à l'accouchement (classique, en piscine).

Pas d'activité d'HAD /PRADO sur site CPP de Noyon car activité HAD hospitalière basée sur site de Compiègne.

Nombres actes /an :

5.000 consultations (2.500 consultations SF, 2.500 consultations médecins)

Financement/recettes : non connu

Bilan /projet :

Difficultés /contraintes :

Activité qui semble renvoyer l'image d'une « sous activité » pour les acteurs de l'établissement.

Le relationnel entre les équipes des deux structures est difficile à mettre en œuvre.

Forces /leviers :

Demande très forte de consultations pédiatriques, absence de pédiatre de ville.

Projets :

Menace de réduction des locaux car projet de la direction de réinstaller une autre activité dans l'ancien secteur d'hospitalisation de maternité.

Conseils :

Points de vigilance :

Nécessité absolue de communication sur l'ouverture du CPP, auprès de la population, des médecins traitants et des autres professionnels de santé.

Attention à ne pas se focaliser sur la fermeture de la maternité qui nuirait à une bonne projection vers l'activité future.

Points indispensables à positionner: NSP

FICHE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL : CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ

Lieu : Montdidier (Somme, 80)

Date : 20 décembre 2015

Identité /Fonction : Mme A.D, sage-femme exerçant au CPP

Situation juridique du CPP :

Date transformation de la Maternité en CPP : le 01 janvier 2003

Établissement de rattachement : le CHU d'Amiens.

Le CHU d'Amiens est l'établissement de rattachement de 3 CPP (Corbie, Montdidier, Doullens)

Médecin responsable : Pr J.G, gynécologue-obstétricien, chef de service de la maternité du CHU d'Amiens (niveau 3)

Difficultés lors de la transformation :

Pas ou peu de formalisation légale de fonctionnement de CPP à l'époque.

Difficulté de reclassement des personnels, distance de plus de 40 km avec Amiens.

Difficultés de la mise en place relationnelle, avec le CHU niveau 3.

Organisation :

Logiciel informatique DXCARE commun et en réseau avec le CHU d'Amiens.

Effectif : effectif médical rattaché et rémunéré par le CHU d'Amiens

Médical :

- Gynécologue-obstétricien : 0,1 ETP (0,1 x 1)
- Pédiatre : 0,2 ETP (0,2 x 1)
- Sages- femmes : 2,4 ETP (0,80 x 3)

Non médical :

- Secrétaire : 0,8 ETP (0,8 x 1)
- Auxiliaire de puériculture : 1 ETP (1x1)
- Agent des Services Hospitaliers (ASH) : 0,5 ETP

Locaux (type/surface):

Aménagement du CPP dans une partie de l'aile hospitalisation de l'ancienne maternité, au sein de l'établissement.

- Zone d'accueil : 1 secrétariat, 2 salle d'attente (1 pédiatrique, 1 gynéco obstétricale)
- Zone patients : 3 salles de consultations gynéco obstétricales ,1 salle de consultation pédiatrique, 1 salle de monitoring fœtale, 2 salles de rééducation périnéale, 1 salle de préparation à l'accouchement
- Zone personnel : 1 office détente personnel, 1 bureau SF
-

Jours et horaires d'ouverture :

- Sages- femmes: 9 h – 17 h les lundis, mardis, jeudis, vendredis et 9h – 12h les mercredis.

- Médecins : 1 mardi après-midi tous les 15 jours (obstétriciens) 1 jeudi après-midi par semaine (pédiatres).

Activité : sur rendez vous

Au vu du temps imparti en nombre de professionnel, le type d'activité principale du CPP est effectué par les sages femmes.

Type :

Consultations obstétricales, rééducation périnéale, cours de préparation à l'accouchement (classique, en piscine), Ateliers d'accompagnement à la parentalité, massage bébé.

Et dans une moindre mesure des consultations de gynécologiques, pédiatriques, échographies gynéco-obstétricales,

Très peu d'activité d'orthogénie.

Nombres actes /an :

- 3.000 actes sages-femmes (consultations, cours de préparation à l'accouchement, rééducation périnéale)
- 220 consultations gynécologiques
- 440 consultations pédiatriques

Financement/recettes : non connu

Bilan /projets :

Difficultés /contraintes :

Pas de présence médicale quotidienne

Forces /leviers :

Bonne synergie entre les sages-femmes, suivi global des patientes par les sages-femmes.

Projets :

Développer les consultations d'endocrinologie (diabète gestationnel).

Formation d'un DU d'échographie pour une sage-femme.

Conseils :

Points de vigilance :

- Favoriser fortement les formations Diplôme Universitaire (DU) d'échographie et DU Contraception, car la demande des patientes est très importante.
- Communiquer et développer des réseaux avec les médecins traitants,
- Entretien des liens et des réseaux avec les maternités environnantes et particulièrement celle de rattachement.

Points indispensables à positionner:

- présence journalière d'un gynécologue.

FICHE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL : CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ

Date : 08 janvier 2016

Identité /Fonction : Mme V. et Mme C sages-femmes du CPP

Lieu : Doullens (Somme, 80)

Situation juridique du CPP : Maison de la mère et de l'Enfant

Date transformation Maternité /CPP : 10 janvier 2011

Établissement de rattachement : le CHU d'Amiens.

Le CHU d'Amiens est l'établissement de rattachement de 3 CPP (Corbie, Montdidier, Doullens)

Médecin responsable : Pr J.G, gynécologue-obstétricien, chef de service de la maternité du CHU d'Amiens (niveau 3).

Difficultés lors de la transformation :

Développer les consultations externes et la préparation à l'accouchement, mise à disposition des sages-femmes, modification des locaux.

Organisation :

Effectif :

- Médical : 1,8 ETP sage-femme / 1 ETP gynécologue
- Non médical : 1 ETP secrétaire médicale

Locaux (type/surface):

- Zone d'accueil : 1 salle d'attente
- Zone patients : 2 salles de consultations ,1 salle de rééducation périnéale, 1 salle de préparation à l'accouchement + monitoring
- Zone personnel : 0

Jours et horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Activité :

Type :

consultations obstétricales, gynécologiques, pédiatriques, orthogénie, préparation à l'accouchement, rééducation périnéale, planning familial (contraception, IVG médicamenteuses, séance information sexualité...)

Nombres actes /an : 5.875

Financement/recettes : subvention mission d'intérêt générale(MIG), T2A

Bilan/projets :

Difficultés /contraintes :

- isolement (il n'y a pas toujours de présence de médecin donc les sages-femmes gèrent alors seules le centre, les urgences et les éventuels transferts).
- Présence de seulement 2 sages-femmes (donc des difficultés en cas d'arrêt maladie ou de périodes de congés).

Forces/leviers :

Éloignement géographique des différents centres hospitaliers.

Projets :

Consultation de pédiatrie.

Conseils :

Points de vigilance :

Pour fidéliser la patientèle favoriser le suivi avec le même professionnel.

Points indispensables à positionner: NSP

SCENARIO 1 :

Centre Périnatal de Proximité : Activité sur site

1. CONDITIONS RÉGLEMENTAIRES

Le CPP sera installé dans le respect des textes y afférent :

- Article R 6123-50 du code de la santé publique
- décret n°98-900 du 9 octobre 1998
- Circulaire N°SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015
- MIG de l'article D 162.7.2 du code de la sécurité sociale
- Plan de périnatalité 2005 – 2007

La mise en place du CPP oblige l'établissement à :

- Définir par convention, ou dans le cadre d'un GHT, les modalités de collaboration avec la maternité de rattachement, et indiquer le médecin référent du CPP.
- Mettre en place des coopérations inter établissements avec les maternités du secteur
- S'intégrer à un réseau de santé (réseau périnatal de Picardie)
- Formaliser les collaborations avec les acteurs de proximité autour de la naissance (PMI, autres professionnels de santé, planning familial, travailleurs sociaux) et développer le travail de réseau.

2. ACTIVITÉS PROPOSÉES

A PÉDIATRIE

- ▶ **Médecin Pédiatre**
- Consultations de Pédiatrie
- ▶ **Sage-Femme (avec une Auxiliaire de Puériculture)**
- Ateliers d'accompagnement à la parentalité et d'enseignement aux soins du nouveau né (favoriser les dépistages)

B GYNÉCOLOGIE /OBSTÉTRIQUE

- ▶ **Médecin Gynécologue :**
- Consultations de Gynécologie /Obstétricale
- Échographies : Gynécologique /Obstétricale
- Orthogénie : Interruption Volontaire de Grossesse(IVG)
- Amniocentèse
- Interventions gynécologiques au bloc opératoire

▶ Sages-Femmes

- Consultations prénatales
- Entretien prénatal
- Préparation à la naissance et à la parentalité / préparation à la naissance en piscine
- cours de préparation à l'allaitement
- Monitoring de contrôle
- Surveillance de grossesses pathologiques
- Consultations post natales
- Rééducation périnéale
- Consultation de contraception et suivi gynécologique de prévention
- Orthogénie (IVG médicamenteuse)

– En lien avec le service d'Urgence /SMUR

- Consultations de gynécologie /obstétricales se présentant aux urgences
- Accompagnement des sorties SMUR pour des accouchements à domicile

– En lien avec les autres services et professionnels de l'établissement

- Suivi des diabètes gestationnels (médecin endocrinologue, diététicienne, HDJ)
- Orthogénie (HDJ)
- Consultation nutrition
- Consultation addiction dont tabacologie

3. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

EFFECTIFS

Médical :

- Médecin Gynécologue Obstétricien : 1,7 ETP
- Médecin Pédiatre : 1,7 ETP
- Sage-Femme : 2,8 ETP

Non médical :

- Secrétaire : 1 ETP
- Auxiliaire de Puériculture : 1 ETP
- Agent service hospitalier (ASH) : 0,50 ETP

L'ASH fait partie de l'équipe ECHEL (pool hygiène) et est géré par le cadre du service hygiène.

Il paraît pertinent de conserver pour le CPP, le temps d'assistante sociale (0,25 ETP) et de psychologue (0,25 ETP) de l'établissement dédié actuellement à la maternité.

LOCAUX

La configuration des locaux proposée, consiste à réutiliser les locaux actuels dédiés à la consultation du pôle maternité, en y annexant 4 pièces supplémentaires afin de regrouper tous les types de consultations.

L'option de réutiliser les locaux actuels du service hospitalisation de maternité ne parait pas la plus pertinente, au vu de la réfection récente des chambres seules qui pourront être optimisée pour une autre activité d'hospitalisation.

Zone d'accueil

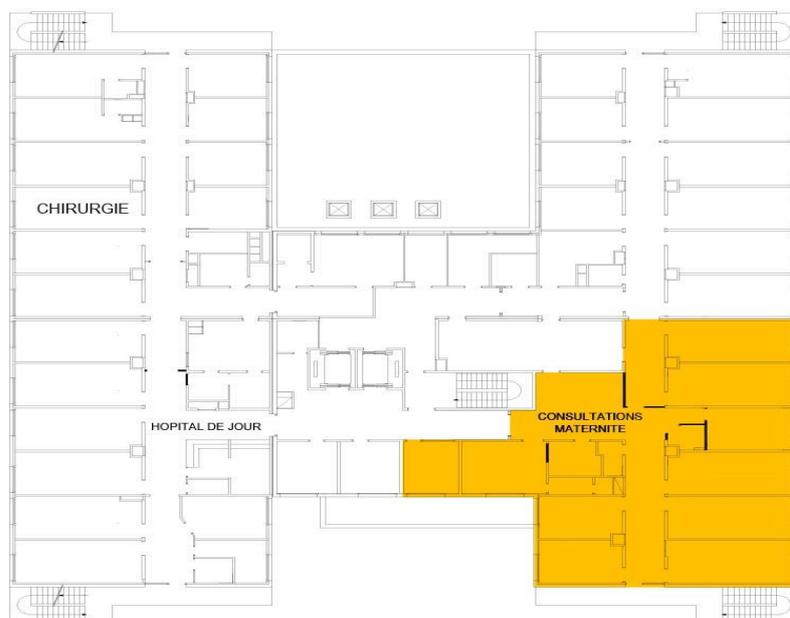
- 1 secrétariat
- 2 salles d'attentes (obstétrique /pédiatrie)

Zone patients

- 1 salle d'échographie
- 4 bureaux de consultations (1 gynécologue, 1 pédiatre, 2 SF)
- 1 salle préparation à l'accouchement
- 1 salle de rééducation périnéale
- 1 salle de monitoring (2 places)

Zone personnel

- 1 bureau sage-femme /médecins
- 1 salle détente/office
- 1 réserve
- 2 toilettes (public/personnel)



. ORGANISATION : jours et horaires d'ouverture

Afin de répondre aux besoins du territoire :

- amplitudes horaires étendues pour offrir des plages de consultations aux personnes salariées.
- ouverture de plages de consultations le samedi matin.

Gynécologue Obstétricien :

Présence d'un médecin du lundi au vendredi (9h -18h30) et le samedi (de 9h à 14h) soit 1,7 ETP.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	CS	interv	écho/CS	interv	écho	CS
AM	écho	CS	écho/CS	CS	CS	

Pédiatre :

Présence d'un médecin du lundi au vendredi (9h-18h30) et le samedi (9h-14h) soit 1,7 ETP.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	CS	CS	CS	CS	CS	CS
AM	CS	CS	CS	CS	CS	

Sage-Femme :

Présence de deux sages femmes du lundi au vendredi (9h-17h et 9h-18h30) et une le samedi (de 9h à 14h) soit 2,8 ETP.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	CS	CS	CS	CS	CS	CS
	monito	rééduc	CS	rééduc	CS	
AM	rééduc	monito	rééduc	monito	rééduc	
	prépa	CS	prépa	CS	prépa	

Secrétaire :

Prise de rendez-vous et gestion de l'organisation de l'ensemble des intervenants, du lundi au vendredi (9h-17h)

Auxiliaire de Puériculture :

- Gestion du matériel et de la préparation des salles de tout le pôle.
- Assister le Pédiatre pendant ses consultations
- Assister la sage-femme lors de cours d'accompagnement à la parentalité

Présence du lundi au vendredi (8h30 -16h30).

Agent service hospitalier (ASH) :

- Entretien et nettoyage de toutes les pièces du pôle, présence du lundi au samedi (6h-9h).

PLAN DE COMMUNICATION

Un plan de communication doit être organisé et établi en amont de l'installation du CPP en y intégrant les représentants des usagers de l'établissement et du collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE).

À destination des professionnels :

- Hospitaliers : mise en place et activation de coopérations inter établissements.
- Libéraux : élaboration de plaquettes informatives et visites organisées au sein de leur cabinet.

A destination de la population :

- Plan de communication organisé auprès de la presse locale
- Plan de communication organisé à destination du web : site officiel, réseaux sociaux, forums.

4. FINANCEMENT

En considérant donc:

- 27 plages de consultations
- 3 plages d'échographie
- 5 plages de rééducation périnéale
- 3 plages de préparation à l'accouchement
- 3 plages de surveillance monitoring
- 2 plages d'interventions / IVG par semaine.

exemple d'intervention en HDJ :

14C05 Hystérectomie + curetage (710€)
13C11J Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes (916€).

Hypothèse 1	Hypothèse 2
40% IVG Chirurgicaux et 60% HDJ	20% IVG Chirurgicaux et 80% interventions HDJ

CHARGES DES EFFECTIFS		
	ETP Projet CPP	Coûts chargés
Gynécologue	1,7	357 955 €
Pédiatre	1,7	
Sage-femme	2,8	134 757 €
Secrétaire	1	31 000 €
Auxiliaire de puériculture	1	27 408 €
Agent de service hospitalier	0,5	13 704 €
Total	8,7	551 120 €

ACTIVITÉ		
	Hypothèse 1	Hypothèse 2
Consultations	8 585	8 585
IVG Chirurgicaux	208	104
Échographie	1 404	1 404
Rééducation	2 080	2 080
Préparation	1 612	1 612
GHS - uniquement chir gyn	312	416
IVG Médicamenteux	150	150
Total actes	14 351	14 351

RECETTES		
	Hypothèse 1	Hypothèse 2
Consultations	207 906 €	207 906 €
IVG Chirurgicaux	121 888 €	60 944 €
Échographie	90 661 €	90 661 €
Rééducation	40 768 €	40 768 €
Préparation	54 163 €	54 163 €
GHS	221 520 €	295 360 €
IVG Médicamenteux	38 687 €	38 687 €
Total recettes	775 593 €	788 489 €

RÉSULTAT		
	Hypothèse 1	Hypothèse 2
Dépenses de personnel	551 120 €	551 120 €
Dépenses médicales	20 000 €	20 000 €
Dépenses hôtelières	3 000 €	3 000 €
Charges indirectes - Bloc		
Total dépenses	574 120 €	574 120 €
Recettes activité	775 993 €	788 489 €
FIR	105 000 €	105 000 €
Total recettes	574 120 €	574 120 €
Résultat	306 873 €	319 369 €

5. INDICATEURS DE SUIVI

- Nombres d'actes : de consultations (gynécologiques, obstétricales, pédiatriques) et son type (pré natal, post natal, échographique, entretien prénatal), préparation à la naissance (et nombre de participantes/séance), rééducation périnéale.
- Nombre d'autres actes liés à la consultation : Pose de stérilet, pose d'implant, frottis cervico-vaginaux,....
- Nombre d'IVG : Et leur type (médicamenteuse, chirurgicale)
Nombre de mineures
- Nombre de femmes prise en charge : Enceintes et non enceintes
- Nombre d'enfants pris en charge : Nombre de nouveaux nés, nombre d'enfants.
- Indicateurs d'organisation : plages horaires les plus sollicitées, jour de consultation le plus sollicité.

SCENARIO 2 :

Centre Périnatal de Proximité : Activité Mixte

Activité sur site / Activité à domicile

1. CONDITIONS RÉGLEMENTAIRES

Le CPP sera installé dans le respect des textes y afférent :

- Article R 6123-50 du code de la santé publique
- décret n°98-900 du 9 octobre 1998
- Circulaire N°SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015
- MIG de l'article D 162.7.2 du code de la sécurité sociale
- Plan de périnatalité 2005 – 2007

La mise en place du CPP oblige l'établissement à :

- Définir par convention, ou dans le cadre d'un GHT, les modalités de collaboration avec la maternité de rattachement, et indiquer le médecin référent du CPP.
- Mettre en place des coopérations inter établissements avec les maternités du secteur
- S'intégrer à un réseau de santé (réseau périnatal de Picardie)
- Formaliser les collaborations avec les acteurs de proximité autour de la naissance (PMI, autres professionnels de santé, planning familial, travailleurs sociaux) et développer le travail de réseau.

2. ACTIVITÉS PROPOSÉES

A PÉDIATRIE

▶ **Médecin Pédiatre**

- Consultations de Pédiatrie

▶ **Sage-Femme (avec une Auxiliaire de Puériculture)**

- Ateliers d'accompagnement à la parentalité et d'enseignement aux soins du nouveau né (favoriser les dépistages)

B GYNÉCOLOGIE /OBSTÉTRIQUE

▶ **Médecin Gynécologue :**

- Consultations de gynécologie /obstétricale
- Échographies : gynécologique /obstétricale
- Orthogénie (IVG)
- Amniocentèse
- Interventions gynécologiques au bloc opératoire

► **Sages-Femmes (en Activité Mixte) :**

Au sein de l'Établissement :

- Consultations prénatales
- Entretien prénatal
- Préparation à la naissance et à la parentalité / préparation à la naissance en piscine
- cours de préparation à l'allaitement
- Monitoring de contrôle
- Surveillance de grossesses pathologiques
- Consultation post natale
- Rééducation périnéale
- Consultation de contraception et suivi gynécologique de prévention
- Orthogénie (IVG médicamenteuse)

Au Domicile des Patientes :

En lien avec les maternités des territoires Oise-Ouest (CHB), Oise-Est (GHPSO, CHICN) et les médecins traitants.

- Gestion des sorties précoces et PRADO (Programme d'Accompagnement et de Retour à Domicile) du secteur :
Avec 3 visites à domicile (recommandations HAS), enseignement des soins aux nouveau-nés et surveillance (cicatrisation du cordon, poids, ictère, mise en place de l'alimentation), Effectuer le test obligatoire de Guthrie, le contrôle de bilirubine (dépistage de l'ictère néonatal)
- Surveillance de grossesses pathologiques : monitoring, examens.
 - **En lien avec le service d'Urgence /SMUR**
 - Consultations de gynécologie /obstétricales se présentant aux urgences
 - Accompagnement des sorties SMUR pour des accouchements à domicile
 - **En lien avec les autres services et professionnels de l'établissement**
 - Suivi des diabètes gestationnels (Médecin endocrinologue, diététicienne, HDJ)
 - Orthogénie (HDJ)
 - Consultation nutrition
 - Consultation addiction dont tabacologie

3. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

EFFECTIFS

Médical :

- Médecin Gynécologue Obstétricien : 1,7 ETP
- Médecin Pédiatre : 1,7 ETP
- Sage-Femme : 3,5 ETP

Non médical :

- Secrétaire : 1 ETP
- Auxiliaire de Puériculture : 1 ETP
- Agent service hospitalier (ASH) : 0,50 ETP

Il paraît pertinent de conserver pour le CPP, le temps d'assistante sociale (0,25 ETP) et de psychologue (0,25 ETP) de l'établissement dédié actuellement à la maternité.

LOCAUX

La configuration des locaux proposée, consiste à réutiliser les locaux actuels dédiés à la consultation du pôle maternité, en y annexant 4 pièces supplémentaires afin de regrouper tous les types de consultations.

L'option de réutiliser les locaux actuels du service hospitalisation de maternité ne paraît pas la plus pertinente, au vu de la réfection récente des chambres seules qui pourront être optimisée pour une autre activité d'hospitalisation.

Zone d'accueil

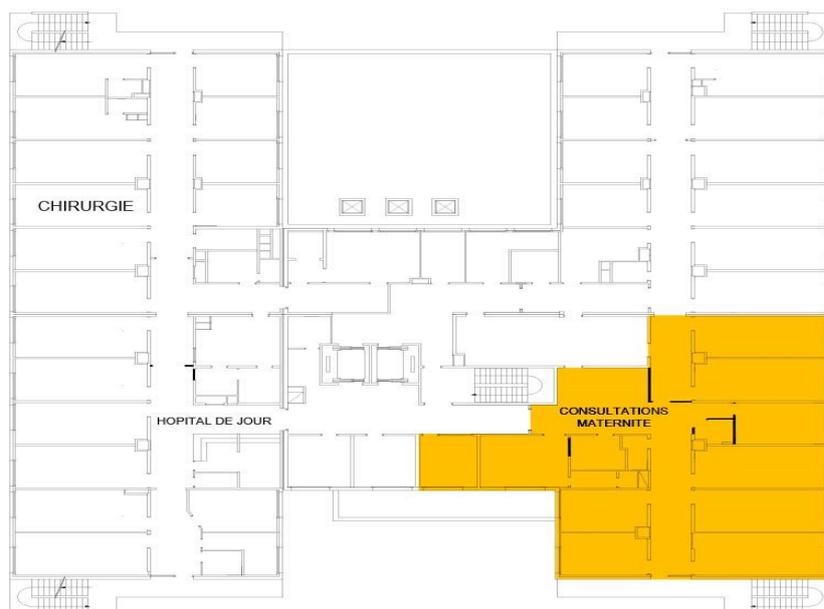
- 1 secrétariat
- 2 salles d'attentes (obstétrique /pédiatrie)

Zone patients

- 1 salle d'échographie
- 4 bureaux de consultations (1 gynécologue, 1 pédiatre, 2 SF)
- 1 salle préparation à l'accouchement
- 1 salle de rééducation périnéale
- 1 salle de monitoring (2 places)

Zone personnel

- 1 bureau sage-femme /médecins
- 1 salle détente/office
- 1 réserve
- 2 toilettes (public/personnel)



ORGANISATION : jours et horaires d'ouverture

Afin de répondre aux besoins du territoire :

- amplitudes horaires étendues pour offrir des plages de consultations aux personnes salariées.
- ouverture de plages de consultations le samedi matin.

Gynécologue Obstétricien :

Présence d'un médecin du lundi au vendredi (9h -18h30) et le samedi (de 9h à 14 h) soit 1,7 ETP.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	CS	interv	écho/CS	interv	écho	CS
AM	écho	CS	écho/CS	CS	CS	

Pédiatre :

Présence d'un médecin du lundi au vendredi (9h-18h30) et le samedi (9h-14h) soit 1,7 ETP.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	CS	CS	CS	CS	CS	CS
AM	CS	CS	CS	CS	CS	

Sage-Femme :

Présence de deux sages-femmes sur le site du lundi au vendredi (9h-17h et 9h-18h30) et une le samedi (de 9h à 14h) et d'une sage femme en visite à domicile soit 3,5 ETP.

SITE	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	CS	CS	CS	CS	CS	CS
	monito	rééduc	CS	rééduc	CS	
AM	rééduc	monito	rééduc	monito	rééduc	
	prépa	CS	prépa	CS	prépa	

DOMICILE	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	visite		visite		visite	
AM		visite		visite	visite	

Un véhicule de l'établissement sera mis à disposition.

Secrétaire :

Prise de rendez-vous et gestion de l'organisation de l'ensemble des intervenants, du lundi au vendredi (9h-17h)

Auxiliaire de Puériculture :

- Gestion du matériel et de la préparation des salles de tout le pôle.
- Assister le Pédiatre pendant ses consultations
- Assister la sage femme lors de cours d'accompagnement à la parentalité

Présence du lundi au vendredi (8h30-16h30).

Agent service hospitalier (ASH) :

- Entretien et nettoyage de toutes les pièces du pôle, présence du lundi au samedi (6h-9h)

PLAN DE COMMUNICATION

Un plan de communication doit être organisé et établi en amont de l'installation du CPP, en y intégrant les représentants des usagers de l'établissement et du collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE).

À destination des professionnels :

- Hospitaliers : mise en place et activation de coopérations inter établissements.
- Libéraux : élaboration de plaquettes informatives et visites organisées au sein de leur cabinet.

A destination de la population :

- Plan de communication organisé auprès de la presse locale
- Plan de communication organisé à destination du web : site officiel, réseaux sociaux, forums ...

4. FINANCEMENT

En considérant donc:

- 27 plages de consultations
- 3 plages d'échographie
- 5 plages de rééducation périnéale
- 3 plages de préparation à l'accouchement
- 3 plages de surveillance monitoring
- 6 plages d'HAD
- 2 plages d'interventions / IVG par semaine.

exemple d'intervention en HDJ :

14C05 Hystérectomie + curetage (710€)
13C11J Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes (916€).

Hypothèse 1	Hypothèse 2
40% IVG Chirurgicaux et 60% HDJ	20% IVG Chirurgicaux et 80% interventions HDJ

CHARGES DES EFFECTIFS		
	ETP Projet CPP	Coûts chargés
Gynécologue	1,7	357 955 €
Pédiatre	1,7	
Sage-femme	3,5	168 446 €
Secrétaire	1	31 000 €
Auxiliaire de puériculture	1	27 408 €
Agent de service hospitalier	0,5	13 704 €
Total	9,4	584 809 €

ACTIVITÉ		
	Hypothèse 1	Hypothèse 2
Consultations / HAD	11 960	11 960
IVG Chirurgicaux	208	104
Échographie	1 404	1 404
Rééducation	2 080	2 080
Préparation	1 612	1 612
GHS - uniquement chir gyn	312	416
IVG Médicamenteux	150	150
Total actes	17 726	17 726

RECETTES		
	Hypothèse 1	Hypothèse 2
Consultations / HAD	289 640 €	289 640 €
IVG Chirurgicaux	121 888 €	60 944 €
Échographie	90 661 €	90 661 €
Rééducation	40 768 €	40 768 €
Préparation	54 163 €	54 163 €
GHS	221 520 €	295 360 €
IVG Médicamenteux	38 687 €	38 687 €
Total recettes	857 327 €	870 223 €

RÉSULTAT		
	Hypothèse 1	Hypothèse 2
Dépenses de personnel	584 809 €	584 809 €
Dépenses médicales	20 000 €	20 000 €
Dépenses hôtelières	3 000 €	3 000 €
Charges indirectes - Bloc		
Total dépenses	607 809 €	607 809 €
Recettes activité	857 327 €	870 223 €
FIR	105 000 €	105 000 €
Total recettes	962 327 €	975 223 €
Résultat	354 518 €	367 414 €

5. INDICATEURS DE SUIVI

- Nombres d'actes : de consultations (gynécologiques, obstétricales, pédiatriques) et son type (pré natal, post natal, échographique, entretien prénatal), préparation à la naissance (et nombre de participantes/séance), rééducation périnéale.
- Nombre d'autres actes liés à la consultation : Pose de stérilet, pose d'implant, frottis cervico vaginaux,....
- Nombre d'IVG : Et leur type (médicamenteuse, chirurgicale)
Nombre de mineures
- Nombre de femmes prise en charge : Enceintes et non enceintes
- Nombre d'enfants pris en charge : Nombre de nouveaux nés, nombre d'enfants.
- Indicateurs d'organisation : Plages horaires les plus sollicitées, jour de consultation le plus sollicité.